

Les Hépatites Amibiennes à Forme Septicémique

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 3 NOVEMBRE 1942

par

Jean TARDIEU

Né à Villeneuve s/Loir le 28 Avril 1915

Ancien Élève de l'École de Santé

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. JOYEUX	Président
		HECKENROTH	Assesseurs
		SAUTET RECORDIER	

IMPRIMERIE P. ROBERT
24, RUE MOUSTIER, 24
M A R S E I L L E



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Les Hépatites Amibiennes
à Forme Septicémique

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N^o 40

Les Hépatites Ambiennes à Forme Septicémique

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 3 NOVEMBRE 1942

par

Jean TARDIEU

Né à Villeneuve s/Lot le 28 Avril 1915

Ancien Élève de l'École de Santé

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. JOYEUX	Président
		HÉCKENROTH	Assesseurs
		SAUTET RECORDIER	



IMPRIMERIE F. ROBERT
24, RUE MOUSTIER, 24
M A R S E I L L E

1942



PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : F. MERCIER

Doyen Honoraire : L. IMBERT

**Professeurs Honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE
OLMER, GAUJOUX, AUBARET-COTTE**

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{me} PEROL

Professeurs :

Anatomie	CORSY
Anatomie Pathologique et Pathologie Expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie Médicale	ROCHE
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	BOURDE
Clinique Exotique	HECKENROTH
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	AUDIBERT
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique Ophthalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	N.
Histologie	ROMIEU
Hygiène Générale et Coloniale	VIOLE
Médecine Légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie Chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et Matière Médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MALMEJAC
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	POINSON
Professeur sans chaire	POURSINES
Idem	SAUTET
Idem	DUBOULOZ

Chargé de Cours :

Clinique Dermatologique VIGNÉ

Agrégés en exercice :

BERTHIER
BALANZARD
BRAHIC
FIGARELLA
ARNOUX
CHOSSON
MM. DELPHAUT

R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON

Agrégés libres :

M. QUINTARET

M. PIERI

Chargés des fonctions d'agrégé :

Chimie médicale DERRIEN

Chargés de Cours complémentaires :

<i>Anatomie descriptive et topographique</i>	SALMON
<i>Chimie minérale</i>	ARNOUX
<i>Clinique des maladies contagieuses</i>	PERIOT
<i>Médecine opératoire</i>	DOR
<i>Microbiologie</i>	BOYER
<i>Neuro-Chirurgie</i>	ARNAUD
<i>Obstétrique</i>	CHOSSON
<i>Pharmacodynamie aux Pharmaciens</i>	DELPHAUT
<i>Psychiatrie</i>	ALLIEZ
<i>Toxicologie</i>	GUILLOT
<i>Clinique stomatologique</i>	ACHARD



A LA MEMOIRE DE MON PERE

Mort au Champ d'Honneur !

A MA MERE

Que ce modeste travail soit pour elle le bien pâle reflet de toute la reconnaissance et de la profonde affection de celui à qui elle a consacré tous ses instants et sacrifié le meilleur de sa vie !

A MA FEMME

Qu'elle veuille bien trouver ici le témoignage de toute ma tendresse !

A MA FILLE, JACQUELINE

A MES GRANDS-PARENTS

A MON FILLEUL

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS MES PARENTS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MADAME MARIE LAVERGNE

Dès mon jeune âge, je trouvai
auprès d'elle la douceur d'un second
foyer ; poète, elle me communiqua
cet élan irrésistible en elle, vers ce
qui est beau ; mais surtout elle fit de
moi un Chrétien ; c'est de tout cela
que je la remercie ici en la priant
d'accepter ma très vive et très affec-
tueuse reconnaissance.

A MES AMIS

A TOUS MES CAMARADES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JOYEUX

*Directeur de l'Institut de Médecine et de Pharmacie Coloniales
de Marseille*

Professeur de Parasitologie à la Faculté de Médecine

En hommage de respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOS JUGES

Hommages respectueux.

A TOUS NOS MAITRES
DES FACULTES ET HOPITAUX
DE BORDEAUX, LYON ET MARSEILLE

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CATTAN

Médecin des Hôpitaux de Paris

Il nous a inspiré l'idée de cette thèse, et ses précieux conseils nous ont guidé au cours de ce travail. Nous le prions d'agréer l'expression de notre vive et respectueuse reconnaissance pour la bienveillance que nous avons toujours trouvée auprès de lui.

A MONSIEUR LE MEDECIN-CAPITAINE ROUVIER

Nous le remercions respectueusement de son aide et de la sollicitude qu'il a bien voulu nous montrer.

A NOS CHEFS

LES HÉPATITES AMIBIENNES A FORME SEPTICÉMIQUE

INTRODUCTION

Les Hépatites Amibiennes ont déjà fait l'objet de maintes études dans la littérature médicale. Depuis Bertrand et Fontan, qui, en 1895, firent une étude complète de la question telle qu'on la connaissait alors, jusqu'au plus récent article de Huguenin et Guy Albot paru en juin 1941, Etiologie, Clinique, Symptomatologie, Parasitologie, Diagnostic radiologique, Traitement chirurgical puis médical, Valeur diagnostique de l'émétine, tout cela attira tour à tour l'attention des auteurs. Et l'on pourrait croire la question épuisée, si tant est que l'on puisse tarir un sujet en Médecine, s'il ne restait, au Chapitre des Formes Cliniques, une certaine obscurité sur une catégorie d'Hépatites qui simulent, dans leur début, sinon dans la totalité de leur évolution, une

Fièvre Typhoïde ou une Tuberculose aiguë, ou les deux à la fois, ou bien, mais plus rarement, une *Mélitococcie*, des accès de Paludisme, une Cholécystite ou bien d'autres maladies encore.

L'Hépatite à forme pseudo-typhique étant de beaucoup la plus fréquente, nous aurions pu ne faire porter notre étude que sur cette variété, et à la rigueur, étudier accessoirement les autres variétés nosologiques ; mais nous avons préféré ne pas les dissocier, car elles ne sont disparates qu'en apparence. C'est pour cela que, les réunissant toutes sous une même dénomination, nous leur donnerons le nom d'Hépatites Amibiennes à forme pseudo-septicémique ou, plus brièvement, à forme septicémique. Et ce sont ces formes, et celles-là seules, qui feront l'objet de notre travail.

Il ne faudrait cependant pas croire que nous ayons l'intention de faire de la question une étude profonde, complète et détaillée, ni la témérité de vouloir répondre catégoriquement aux questions que nous soulèverons à la fin de cet exposé. Par ailleurs, nous n'apportons qu'une seule observation inédite. Quel pourra donc être l'intérêt de ce travail ? Ayant par nous-même pu juger de la difficulté d'établir un diagnostic certain pour le malade qui retint si particulièrement notre attention durant l'été de 1941, et ayant vu notre esprit se tendre tour à tour, et avec les meilleures raisons, vers des diagnostics différents, nous comprîmes l'intérêt de penser toujours à la possibilité d'une Hépatite devant un tableau de Fièvre Typhoïde qui ne fait pas ses preuves. Monsieur le Docteur Cattani, qui était alors médecin-traitant du Service dans lequel nous nous trouvions, nous proposa, comme sujet de thèse, la publication de ce cas clinique, à la faveur duquel nous pourrions rappeler quelques observations anciennes, insister sur la

difficulté du diagnostic et montrer combien la question est encore mal connue, bien que Fontan, voilà bientôt près d'un demi-siècle, en eût déjà posé les notions fondamentales.

Et du but que nous nous proposons d'atteindre découlera tout naturellement l'intérêt de ce travail. Puisse notre effort ne pas avoir été vain et apporter ainsi une humble mais utile contribution à l'étude des Hépatites Amibiennes !

CHAPITRE PREMIER

GENERALITES

PLACE DANS LA CLASSIFICATION

Nous définirons l'Hépatite Amibienne à forme septicémique comme une inflammation hépatique suppurative se traduisant cliniquement par un tableau fort semblable à celui d'une Septicémie et pouvant simuler diverses affections. Mais si cliniquement cette Hépatite s'individualise bien des autres Hépatites, rien cependant ne peut l'isoler des points de vue Etiologie, Parasitologie, Anatomie Pathologique, Evolution, Pronostic et Thérapeutique. Aussi serons-nous bref lors de l'étude de chacun de ces chapitres.

Il nous paraît, en outre, nécessaire, avant de commencer l'étude de ces Hépatites à forme septicémique, de les placer dans le cadre général des Hépatites Amibiennes ; et, à cette occasion, nous ferons un exposé assez succinct de la Symptomatologie de l'Hépatite Amibienne typique.

Adoptant la classification de Bertrand et Fontan qui décrivirent, à côté de la forme typique, des formes fruste, larvée et latente, nous envisagerons l'une après l'autre chacune de ces éventualités cliniques :

1° — L'Hépatite Amibienne typique

La présence sur un même malade de l'ensemble des éléments symptomatologiques constitue, par définition même, la forme typique. Ce sont ces éléments, du moins les principaux d'entre eux, que nous allons énumérer au cours de l'exposé clinique de la maladie.

Le début de l'affection est le plus souvent aigu : il y a des vomissements, de la diarrhée ; la température s'élève rapidement ; le foie est douloureux ; le « point de côté hépatique » est fréquent dans les pays chauds.

A la période d'état, fièvre, hépatalgie, hépatomégalie sont les trois éléments principaux. La température revêt le type rémittent avec un maximum vespéral à 39° ou 40°, et elle se met à faire de grandes oscillations ; le pouls est rapide ; le malade maigrit progressivement mais rapidement ; son teint devient blême, cireux, c'est le teint « patate » des auteurs coloniaux (Lacaze et Melnotte). Localement, le foie est gros et douloureux, mais la douleur est le signe le plus important : douleur spontanée, douleur violente, lancinante, exaspérée par la pression, douleur irradiant vers l'épaule droite et la région interscapulaire, douleur « en bretelle » des classiques. L'hypertrophie du foie se trouve à la percussion et à la palpation ; le palper bimanuel donne une sensation de ballottement profond. La radiologie met mieux en évidence l'augmentation de volume du foie en montrant une voussure de la coupole diaphragmatique droite.

D'autres éléments viennent compléter le tableau : signes de réaction pleurale de la base droite avec submatité, augmentation légère des vibrations vocales, râles crépitants; état d'insuffisance hépatique décelé par l'examen des urines; hyperleucocytose avec polynucléose; présence d'Amibes vivantes ou kystiques dans les selles, bien que ceci soit inconstant; enfin, antécédents coloniaux du malade, sans toutefois oublier l'existence de Dysenteries autochtones.

L'évolution de la maladie peut être aiguë, subaiguë ou chronique : — *Aiguë*, les signes généraux et locaux sont intenses, le malade est prostré, le foie est très gros et très douloureux ; — *Subaiguë*, la température et l'état général ne sont plus en rapport avec l'importance des signes physiques; — *Chronique*, le malade traîne pendant des mois jusqu'à ce que l'abcès se collecte finalement. Car la maladie, si d'une allure rapide elle n'a pas conduit le patient à la cachexie et à la mort, évolue généralement vers une suppuration avec collection du pus et constitution d'un Abscès hépatique.

Tels sont les éléments qui constituent la forme typique des Hépatites Amibiennes ; les formes fruste, larvée ou latente ne feront que dériver de cette forme typique, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, suivant la présence ou non d'un élément surajouté.

2° — L'Hépatite fruste

Dans cette forme, certains éléments diagnostiques font défaut et de suite nous pourrions subdiviser cette classe en deux groupes suivant l'absence des signes généraux ou des signes locaux.

Si les signes généraux manquent, les symptômes

locaux dominant alors le tableau clinique : le foie est tuméfié et douloureux, le malade a des accès de scapuloalgie, il est dyspeptique, il est constipé ou diarrhéique, mais il n'a pas de fièvre.

Si, au contraire, les signes locaux sont absents, les signes généraux seuls attirent l'attention : la fièvre est pseudo-continue, rémittente ou intermittente ; l'amaigrissement est progressif, l'état général mauvais ; par contre, le foie est peu ou pas hypertrophié, souvent même insensible. Dans ce cas, plus fréquent que le premier, « l'hypothèse d'une phtisie ou d'une fièvre typhoïde s'offre, à l'esprit du médecin, comme un diagnostic rationnel » (Bertrand et Fontan). C'est cette dernière catégorie d'Hépatites que nous étudierons dans les chapitres suivants sous le nom d'Hépatites Amibiennes à forme septicémique.

3° — L'Hépatite larvée

Nous ne nous attarderons pas outre mesure sur cette classe d'Hépatites. Nous dirons seulement avec Bertrand et Fontan que l'hépatite est larvée lorsque « l'évolution de l'affection hépatique est enveloppée par d'autres localisations morbides qui la masquent par leur relief et par l'explication qu'elles semblent donner des symptômes observés ».

4° — L'Hépatite latente

Dans sa forme latente, l'Hépatite évolue lentement, sournoisement jusqu'à l'ouverture brusque et inattendue de l'abcès dans une cavité viscérale ou séreuse. Comme on le voit, la question sort du cadre de notre étude, ainsi que d'ailleurs celle des Hépatites larvées, et nous les passerons toutes deux sous silence.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE. — PARASITOLOGIE ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Comme nous l'avons déjà annoncé, nous étudierons succinctement la question sous le triple angle de l'Étiologie, de la Parasitologie et de l'Anatomie Pathologique, nous contentant de rappeler les notions essentielles et nous inspirant de l'article « Abcès du Foie », de Roger Cattan, dans l' *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* de juin 1935.

ETIOLOGIE

La topographie de l'Amibiase hépatique est calquée sur celle de la Dysenterie Amibienne : c'est surtout en Egypte, en Afrique du Nord, en Indochine et aux Indes que nous la rencontrons. Mais comme l'a montré la statistique de Garin et Lépine en 1924, il n'y a pas lieu de s'étonner de trouver des cas d'Hépatite Ami-

bienné chez des sujets qui n'ont jamais quitté la France, puisque cela se rencontre dans 20 % des cas. Ce sont les Européens qui paient le plus lourd tribut à l'Amibiase ; les indigènes, eux, sont moins sensibles. La femme n'entre que pour une faible part dans les statistiques. L'homme est surtout touché, car il y est souvent prédisposé par l'alcoolisme ou le paludisme.

PARASITOLOGIE

Depuis Kartulis et la découverte de l'Amibe dans les selles d'un dysentérique, et en 1887, dans la paroi d'un abcès du foie, le rôle pathogène de l'Amibe n'est plus discuté. Il faut incriminer *Entamoeba histolytica* (Schaudinn, 1903), que l'on peut trouver à deux stades différents : hématophage ou végétatif. Le premier, pendant lequel elle ingère des hématies, doit être considéré comme accidentel et ne s'observe qu'aux périodes aiguës ; le stade végétatif au contraire, représente son comportement normal dans l'organisme humain. On trouve en effet l'Amibe dans la paroi de l'Abcès hépatique, dans le pus également, mais plus rarement ; cependant elle disparaît si on a institué un traitement émétinien. Sa forme kystique est rare, et c'est sans doute pour cela que l'émétine a une action si remarquable dans ces formes hépatiques de l'Amibiase (Pic et Morénas).

Pour tous les renseignements complémentaires, nous renverrons le lecteur aux ouvrages spéciaux traitant de la question. Cependant nous désirons ajouter quelques mots au sujet des associations microbiennes sur lesquelles les anciens auteurs avaient tant insisté. Fontan écrivait en 1909 : « A l'Amibe appartient la lésion initiale, lésion de thrombose et de nécrose. Sur le terrain ainsi préparé, au sein des infarctus nécroti-

ques constitués dans les capillaires du foie, où les Amibes ont abouti, les bactéries pyogènes et anaérobies, qui ont pu être englobées par elles dans le milieu intestinal, en même temps que des hématies, véhiculées et rejetées enfin avant d'être digérées (Marchoux), se multiplient et pullulent, associant dès lors la suppuration à la nécrose amibienne préexistante. Mais cette phase septique sera limitée par la concurrence vitale qui souvent ne laissera subsister qu'une seule espèce microbienne, la plus résistante. Celle-ci succombera à son tour par épuisement nutritif ou toute autre cause inconnue. A ce moment le pus sera devenu stérile. » Et Fontan expliquait ainsi que l'on puisse trouver des abcès stériles, généralement les vieux abcès, et des abcès fertiles, généralement les abcès récents. Or, on sait aujourd'hui que pour donner des lésions suppuratives, l'association des bactéries pyogènes et anaérobies n'est pas indispensable à l'Amibe. Nous avons voulu cependant rappeler ce fait, — car c'est un fait (Kartulis, Rogers, Bertrand et Fontan, Marchoux) qu'il existe des associations microbiennes fréquentes dans les Abcès hépatiques —, sans toutefois vouloir lui attribuer plus d'importance ou de signification qu'il n'en a.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement, on peut distinguer trois phases dans l'évolution de la lésion amibienne: une phase de congestion d'abord, dans laquelle les suffusions hémorragiques sous-capsulaires font apparaître le foie rouge sombre à la coupe; puis, une phase de nécrose, caractérisée par des nodules grisâtres, à contours irréguliers, festonnés et alternant avec des zones de congestion; enfin, une phase de suppuration, dans laquelle

chaque foyer de nécrose se ramollit, se creuse de vacuoles remplies d'une sanie louche; ces alvéoles confluent, se réunissent, s'organisent et finissent par former des abcès volumineux.

Microscopiquement, la lésion initiale est une thrombose amibienne d'une branche de la Veine Porte, autour de laquelle les cellules hépatiques entrent en dégénérescence granuleuse. Les leucocytes entourent cette plaque de cellules et l'ensemble forme la *granulation primaire* de Grall. Ces granulations s'étendent, confluent et finalement suppurent pour donner l'Abcès du Foie.

CHAPITRE III

QUELQUES REMARQUES A PROPOS D'UNE OBSERVATION CLINIQUE

Nous rapporterons tout d'abord un cas assez typique nous observâmes avec M. le Docteur R. CATTAN, dans le Service des Officiers de l'Hôpital Militaire Michel-Lévy, à Marseille.

OBSERVATION I

Auguste G..., 53 ans, administrateur-adjoint au Bureau Liquidateur 154, entre dans le service le 1^{er} juin 1941, pour « mise en observation pour état fébrile chez un sujet ayant eu des épisodes de diabète et d'urémie ; température à 38°6. »

Notons tout de suite, dans ses antécédents, que ces « épisodes de diabète et d'urémie » ont complètement guéri et que le malade n'a jamais fait de séjour aux colonies. Par contre, le malade nous dit avoir mangé des moules crues trois semaines auparavant.

La maladie a débuté, il y a trois jours, par de la fièvre et par une diarrhée abondante (5 à 6 selles par jour) que l'on ne peut davantage faire préciser.

Nous l'examinons à son entrée le 1^{er} juin ; tout est absolument négatif : poumons, cœur normaux ; pas de gros foie ; pas de grosse rate ; pas de taches rosées ; cependant, dissociation marquée du pouls et de la température (pouls à 80 — température à 39°6). Nous demandons, le 2 juin, des examens complémentaires, une Numération globulaire :

Globules rouges : 5.100.000

Globules blancs : 11.600

et une Formule leucocytaire :

Lymphocytes : 17 %

Mononucléaires : 3 %

Polynucléaires neutrophiles : 76 %

Eosinophiles : 4 %,

ce qui nous révèle donc une leucocytose à 11.600 et une polynucléose à 80 %. Les urines, examinées le 3 juin, sont par contre normales :

Albumine : néant

Glucose : néant

Sels et pigments biliaires : néant

Dépôt : présence de quelques cellules épithéliales

Le malade tombe peu à peu dans un état de torpeur qui se rapproche beaucoup du tymphos. La température oscille toujours entre 38°5 et 40°2, mais est irrégulière. L'examen demeure néanmoins négatif du point de vue Infections Typhoïdes : pas de grosse rate, pas de taches rosées, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. La numération et la formule également ne sont pas en faveur de la Fièvre Typhoïde dans laquelle une leucopénie est beaucoup plus de règle.

Mais, le 6 juin, nous entendons des râles de bronchite à la base gauche, en arrière, ce qui nous fait penser à la possibilité d'une Bacillose aiguë. Le malade, en outre, transpire, est dyspnéique. Nous faisons donc faire, ce jour-là, une radiographie pulmonaire qui nous montre, « à part une légère accen-tuation des arborisations broncho-vasculaires inférieures droi-tes, une transparence pulmonaire normale ». (Fig. 1.) De plus, l'examen microscopique des crachats ne montrant pas de bacille de Koch, nous rejetons l'hypothèse de Bacillose aiguë.



Jusqu'ici, nous nous sommes bornés à pratiquer une thérapeutique anti-infectieuse générale banale (urotropine : 1 gr. 50 par jour) et le diagnostic reste toujours en suspens : le malade maigrit rapidement, il est abattu ; la fièvre persiste, élevée et irrégulière ; le pouls et la température sont toujours dissociés. Mais les séro-diagnostic pour le T.A.B. et le *Melitensis*, pratiqués le 9 juin, sont négatifs ; deux hémocultures faites les 10 et 11 juin sont également négatives, même le 16 juin. Nous éliminons donc la possibilité de Fièvre Typhoïde, mais la présence de sueurs abondantes et profuses obligeant le malade à se changer plusieurs fois dans la journée, nous pousse néanmoins à instituer, contre une *Mélitococcie* possible, une thérapeutique par les Sulfamidés (3 gr. par jour de Dagénan), cela d'autant plus volontiers que nous sommes dans la région marseillaise, région dans laquelle cette maladie est loin d'être rare. Mais au bout de trois jours de traitement, il n'y a pas d'amélioration et nous cessons le Dagénan.

Nous faisons alors refaire, les 12 et 13 juin, des examens complémentaires. Les urines sont toujours normales :

Chlorures : 9 gr. 70 par litre
Albumine : traces
Glucose : néant
Pigments biliaires : néant
Dépôt : nul.

L'urée du sang est à 0 gr. 55 par litre ; la numération globulaire nous montre, en même temps qu'une légère anémie, l'augmentation de la leucocytose :

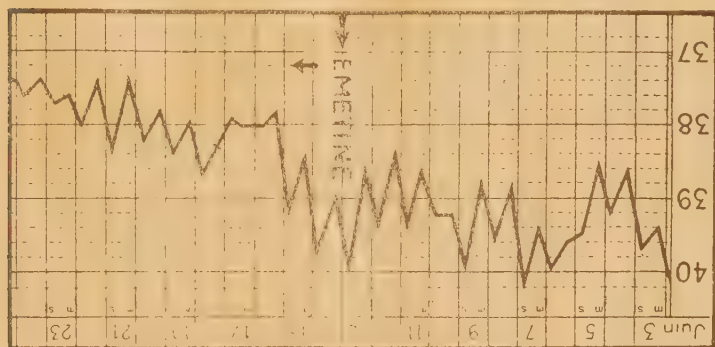
Globules rouges : 4.000.000
Globules blancs : 15.000

Quant à la polynucléose, elle atteint maintenant 90 %. En outre, les temps de saignement (3 minutes) et de coagulation (6 minutes) sont normaux. Enfin la Tension Artérielle du malade est de 12/6 au Vaquez.

Nous sommes maintenant au 16^e jour de la maladie et le diagnostic est toujours incertain. C'est alors que, le 14 juin, le malade se plaint de douleurs dans l'hypochondre droit. Le foie est gros et douloureux dans son lobe gauche ; il déborde de trois travers de doigt le rebord costal sur la ligne mamelonnaire. S'agirait-il d'une Hépatite ? Ou bien ne serait-ce seulement qu'une poussée de Cholécystite, localisation au cours d'une infection générale ? Le doute persiste, et cependant nous ne

pouvons faire de ponction exploratrice, car la palpation ne décèle pas de point douloureux bien précis ; c'est plutôt une sensibilité de la région qu'une véritable douleur.

Aussi, nous instituons un traitement d'épreuve à l'émétine : 0,08 cg. par jour de chlorhydrate d'émétine pendant 6 jours (du 14 au 19 juin) ; puis 0,04 cg. par jour pendant 8 jours (du 20 au 27 juin). Dès le 3^e jour du traitement, la température commence de tomber, et, à part une légère recrudescence le 18 juin, elle continue de s'abaisser progressivement, le maximum vespéral passant de 39°7 le 14, à 39°2 le 15, 38° le 16, 38°2 le 20, 37°7 le 25 et 37°4 le 30 juin, comme le montre une partie de la feuille à température ci-dessous reproduite :



Parallèlement, l'état général s'améliore peu à peu considérablement : le malade se lève, fait quelques pas dans la chambre, dans le couloir ; il n'est plus question de l'état de torpeur noté le 6 juin. Les signes physiques au niveau de l'hypochondre droit se sont également modifiés : le foie a diminué de volume et la douleur provoquée n'est plus très vive ; on ne peut mettre en évidence un point douloureux maximum bien net.

En somme, action évidente et nette de l'émétine, ce qui nous permet d'affirmer, presque à coup sûr, le diagnostic d'Hépatite Amibienne. Le 21 juin, nous faisons un examen parasitologique des selles, mais il ne révèle « ni amibes, ni kystes, ni œufs de parasites ». Néanmoins, l'hyperleucocytose du 13 juin (15.000

Globules blancs) confirme bien l'hypothèse d'une suppuration profonde. Sous l'influence de l'émétine, cette hyperleucocytose se met elle aussi à régresser, comme le montre une numération globulaire faite le 23 juin :

Globules rouges : 4.050.000

Globules blancs : 13.600.

Mais surtout, alors qu'on s'en souvient, le premier cliché radiographique était normal, une deuxième radiographie pulmonaire, faite le 18 juin, dévoile une « surélévation marquée de la coupole diaphragmatique droite », élévation qui est sur le cliché de plus de trois travers de doigt. (Fig. 2.) Par ailleurs, les poumons sont normaux et un examen bactériologique des crachats fait le même jour, ne montre toujours pas de bacille de Koch. Un troisième cliché, pris le 23 juin, montre « une déformation de la coupole diaphragmatique droite qui est surélevée et a la forme d'une ogive » ; une radiographie de profil met bien en évidence cette surélévation et montre que la différence de niveau entre les deux héli-diaphragmes est maxima au niveau de la partie moyenne.

En somme, le 27 juin, au 29^e jour de la maladie, la série d'émétine est terminée et le malade entre en convalescence. Cependant la température n'est pas revenue absolument normale, la radiographie montre la persistance des signes locaux, l'hyperleucocytose existe encore. Le malade est mis alors à la Pâte Ravaut et au Stovarsol (0,75 cg. par jour pendant 5 jours ; 0,50 cg. par jour pendant les 5 jours suivants). Son état général continue à s'améliorer. Il fait de courtes promenades. Son poids, qui était tombé de 84 kg. (poids du sujet bien portant) à 70 kg. le 25 juin, passe à 72 kg. 250 le 4 juillet et à 74 kg. 400 le 11 juillet. Une numération globulaire faite le 2 juillet montre la disparition de l'hyperleucocytose :

Globules rouges : 4.150.000

Globules blancs : 8.200

et la formule leucocytaire faite le même jour montre le retour à la normale de la polynucléose (62 %) :

Lymphocytes : 32 %

Mononucléaires : 6 %

Polynucléaires neutrophiles : 58 %

Eosinophiles : 4 %.

Malgré tout, il persiste toujours une légère fièvre : la température oscille entre 36°8 et 37°8. L'examen radiologique fait

le 4 juillet montre la persistance des signes radiologiques, la surélévation diaphragmatique droite ayant cependant diminué.

Aussi, le 8 juillet, une deuxième série d'émétine est instituée (0,04 cg. par jour pendant 5 jours) et le malade est guéri lorsqu'il sort du service le 12 juillet 1941, dans le 44^e jour de sa maladie.

Nous le revoyons trois semaines après, du 4 au 7 août. L'examen radiologique passé le 4 août montre une nette amélioration : « la voussure du diaphragme droit s'est sensiblement affaïssée depuis le précédent examen ; d'autre part, la mobilité de l'hémi-diaphragme est bonne, le sinus s'ouvre très bien, l'ensemble de l'ombre hépatique paraît peu ou pas augmentée de volume ». Pourtant le malade, dans l'intervalle, n'a pris pour tout traitement que 4 comprimés de Mixiod par jour pendant 8 jours. Et cependant l'état général a continué de s'améliorer, le poids est redevenu normal (83 kg. 500 le 7 août). La clinique confirme ces résultats : le foie ne déborde plus le rebord costal. Néanmoins, nous prescrivons au malade la poursuite de son traitement par une série de Stovarsol associé à la Pâte Ravaut.

Enfin, à l'occasion d'une fracture de la clavicule, le malade rentre à l'hôpital en novembre 1941 : la guérison clinique s'est maintenue ; les examens de laboratoire sont tous normaux ; l'ombre hépatique, à la radiographie, est à peine augmentée de volume ; l'état général est excellent.

En somme, il s'agit bien d'une Hépatite Amibienne à forme septicémique guérie par l'émétine. Quelles remarques pourrions-nous faire à son sujet ?

Tout d'abord, disons quelques mots de la difficulté à établir un diagnostic. Songeons à ce malade qui, ayant mangé des moules crues trois semaines auparavant, se présente à nous, après un léger épisode intestinal, avec une température, oscillante sans doute, mais toujours élevée, avec une dissociation du pouls et de la température, et surtout avec un état général très touché, une torpeur, un abattement qui font songer au typhos. Comment l'idée d'une infection typhoïde ne se présenterait-elle pas de suite à l'esprit ? Aussi nous nous mettons à chercher minutieusement la tache rosée, le gargouille-

ment dans la fosse iliaque droite, la grosse rate qui nous permettaient d'affirmer notre diagnostic. Mais nous ne trouvons rien de tel, et c'est alors qu'apparaissent quelques signes pulmonaires. Nous pensons aussitôt à une Tuberculose aiguë, et nous faisons une radiographie qui est négative. Ayant rejeté l'idée de Bacillose, l'abondance des sueurs nous oriente vers la Mélitococcie, mais cette fois-ci, c'est le séro-diagnostic négatif au Mélitocoque qui nous laisse dans le doute. En somme, le malade présente un ensemble de symptômes que l'on essaie de grouper différemment pour faire un tout, mais chaque fois un examen complémentaire s'impose, et chaque fois cet examen reste négatif et nous laisse dans l'incertitude. Bien sûr, nous aurions pu penser dès l'abord à une Hépatite, mais jamais le malade ne s'est plaint du foie, jamais notre examen n'a réveillé une douleur hépatique, et c'est cela qui va faire l'objet de notre deuxième remarque.

Comment, en effet, aurions-nous pu concevoir une Hépatite sans hépatalgie ni hépatomégalie ! Or, ici, pendant 16 jours de maladie, le foie du sujet est resté complètement silencieux. Nous l'examinions tous les jours et jamais il n'attira notre attention. Bien mieux, et c'est en cela que réside le gros intérêt de la première radiographie, il n'y avait rien d'anormal du côté de la coupole diaphragmatique, l'examen radiographique n'est pas venu pallier la déficience de l'examen clinique. Ce silence absolu du foie, clinique et radiologique, est une des caractéristiques de cette observation. On pourrait croire, en effet, que, parlant d'Hépatites dans lesquelles prédominent les signes généraux, les signes locaux sont simplement noyés au milieu du grand tableau clinique de l'état général. Bien sûr, cela existe, mais il est intéressant de remarquer que le plus sou-

vent, durant une plus ou moins longue période, le foie reste absolument silencieux.

La troisième remarque à faire, c'est que nous n'avons trouvé ni Amibes, ni kystes dans les selles, et l'on pourrait nous soutenir qu'il ne s'agit pas d'une Hépatite Amibienne. Nous ne nous attarderons pas sur cette objection, car nous admettrons, selon l'opinion de la plupart des auteurs, la grosse valeur diagnostique du traitement d'épreuve à l'émétine dans l'Amibiase. Ici, la maladie a répondu immédiatement à l'émétine par une nette amélioration qui s'est accrue progressivement et s'est maintenue plusieurs mois après, ce qui confirme bien l'origine amibienne de l'affection. Enfin, l'existence d'Amibiases autochtones a été suffisamment mise en évidence durant ces dernières années pour que cela ne nous oblige pas à faire une remarque spéciale. Notre malade n'est jamais allé aux colonies, il n'a jamais quitté la France, nous le notons, et cela ajoute un intérêt de plus à notre observation.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE VALEUR DIAGNOSTIQUE DES SYMPTOMES

Devant les difficultés de tous ordres à établir un diagnostic dans des cas tels que le précédent, sur quels éléments pourrons-nous nous baser pour affirmer l'Hépatite ?

Nous savons qu'elle se caractérise par la triade symptomatique : douleur, hépatomégalie, fièvre, signes auxquels s'adjoignent les résultats de l'examen sanguin (leucocytose avec polynucléose), de l'examen radiologique, de l'étude des antécédents et du traitement d'épreuve. Etudions la valeur de chacun de ces éléments :

HEPATALGIE — HEPATOMEGALIE

Nous savons déjà la valeur toute relative de ces signes, car le silence du foie est presque de règle dans

les Hépatites Amibiennes à forme septicémique, durant les dix premiers jours au moins de la maladie. Sur les 25 observations relatées dans cet ouvrage, 12 témoignent de l'absence totale, mais temporaire, de toute symptomatologie hépatique, et dans la plupart des autres, les signes hépatiques sont discrets ou incomplets.

A titre d'exemple, citons une observation, de Fre-
richs, rapportée par BERTRAND et FONTAN dans leur
*Traité Médico-chirurgical de l'Hépatite suppurée des
Pays chauds* :

OBSERVATION II

Andral raconte l'histoire d'un jeune homme qui, après avoir fait à cheval un voyage fatigant, fut attaqué d'une affection fébrile pour laquelle on ne put découvrir aucune cause locale. Le 4^e jour apparurent des accès de fièvre et une céphalalgie intense ; la langue devint blanche, l'appétit disparut ; la constipation était opiniâtre. Le 12^e jour, le malade commença à délirer ; le 17^e, il succomba. Pendant toute la durée de la maladie, l'épigastre et l'hypochondre droit étaient restés mous et indolores ; il n'y eut ni vomissement, ni ictère ; ce fut en vain que, pour découvrir une lésion locale, on examina les divers organes.

A l'autopsie, aucun organe ne présenta une altération importante ; le foie lui-même au premier abord sembla normal jusqu'au moment où un coup de scalpel, donné au hasard, découvrit un abcès, gros comme une orange, que remplissait un pus jaunâtre et inodore, et qui était entouré de substance hépatique rouge et ramollie.

Ainsi donc, il n'est pas possible d'attribuer une grande valeur à la douleur ou à l'hépatomégalie dans le diagnostic précoce de l'Hépatite Amibienne. Ces signes n'apparaissent que tardivement, après un silence plus ou moins long, ce qui caractérise l'Hépatite Amibienne à forme septicémique. Le foie, pendant un cer-

tain temps qui varie de quelques jours à deux semaines, semble en dehors du tableau clinique dans lequel prédominent les signes généraux, et ce n'est que lorsque apparaissent soit la douleur dans l'hypochondre droit, soit la tuméfaction du foie qui déborde le rebord costal, soit les deux à la fois, que l'on pense à une Hépatite. En effet, souvent un seul de ces deux signes vient éclairer le diagnostic : tantôt le malade souffre du foie, mais le foie reste impalpable (observations X et XIII), tantôt le clinicien trouve bien un gros foie, mais le malade n'en souffre pas (observations IV, V, XIV, XVI et XXII).

Il faut reconnaître cependant que, si l'absence de signes hépatiques embrouille le diagnostic, par contre leur apparition fait penser de suite à l'Hépatite. Cela se retrouve dans presque toutes les observations citées. Il semble que le clinicien ne puisse concevoir d'Hépatite sans douleur ni tuméfaction du foie, et qu'il préfère errer dans l'incertitude en attendant le signe révélateur de la participation du foie à la maladie.

RADIOLOGIE

Il semblerait au premier abord que nous puissions accorder toute confiance à la Radiologie. « Il sera indispensable, nous dit Rossignol, de faire un examen radiologique du foie », surtout si « le foie apparaît cliniquement normal ou difficile à percevoir chez un sujet à paroi épaisse. Le foie, en effet, peut n'être augmenté de volume que vers le haut : seule la radiologie peut déceler cette variété d'hépatomégalie ». Et il semble bien que l'observation de Boidin et Dujarrie de la Rivière (*in* ROSSIGNOL, *thèse Paris*, 1936) que nous reproduisons ci-dessous, le confirme :

OBSERVATION III

R..., soldat, n'a jamais été aux colonies ni en contact avec des coloniaux. Depuis deux mois, au retour de la Somme, 4 à 5 selles diarrhéiques par jour, avec à la fin de l'évacuation, un peu de sang rouge considéré comme d'origine hémorroïdaire.

A l'entrée, malade depuis 4 à 5 jours : langue sale, 38°5 à 39°5, céphalée légère, ni vomissement, ni épistaxis. En somme, tableau d'embarras gastrique fébrile ou de para-typhoïde légère. Selles abondantes, pâteuses, avec un peu de sang rouge à la surface : deux examens ne montrent aucun élément amibien.

Sans traitement spécifique, chute de la température et amélioration. Pas de bacilles para-typhiques dans les selles, séro-diagnostic faiblement positif et aux taux limites (1/100 pour le Bacille d'Eberth et le Para A, 1/50 pour le Para B), attribuable aux vaccinations antérieures (1914-1915-1916). Bien qu'apyrétique, le sujet reste pâle, amaigri.

Dans la crainte d'une Bacillose, on fait une radioscopie pulmonaire : rien aux sommets, rien aux ganglions, mais à la base droite, immobilité du diaphragme, foie volumineux avec voussure exagérée dans la région du sommet, sans saillie individualisée.

Cliniquement, foie à peine augmenté de volume, pas de subictère. Dès le début, on avait trouvé des frottements à la base droite. Le malade accusait là une douleur légère, irradiant à l'épaule.

On répète plusieurs jours de suite l'examen des selles qui finit par montrer des kystes amibiens peu nombreux, mais très nets. Le traitement spécifique est aussitôt institué, 2 à 3 séries d'émétine à doses élevées et prolongées, pilules de Segond dans les intervalles : chaque série comporte 4 piqûres de 0,08 cg., 4 piqûres de 0,04 cg., 4 piqûres de 0,02 cg.

Le sang disparaît aussitôt des selles qui redeviennent régulières et moulées. Etat général très amélioré : le malade mange et engraisse. A la radioscopie, le foie rétrocede plus lentement. Les selles sont normales, mais renferment encore des kystes.

Mais ce n'est pas le foie qui a suscité l'examen radiologique. C'est généralement le poumon qui attire l'attention (observations I, III, VI et XIX), et, tandis que

l'image pulmonaire reste normale, on découvre une surélévation de la coupole diaphragmatique. Comme l'ont très bien dit Boidin et Dujarric de la Rivière en 1917, « en montrant l'immobilité du diaphragme à droite, une voussure exagérée du bord supérieur du foie, la radioscopie, faite dans un tout autre but, fait dépister l'Hépatite, et par contre-coup la Dysenterie, alors que la maladie évolue avec l'allure clinique d'une Para-typhoïde. » Malheureusement la radiographie reste souvent muette ou tout au moins aussi longtemps que la clinique (observations I, VI et XV). Car ce qui serait intéressant, ce serait de voir à la radiographie l'augmentation de volume du foie, alors même qu'elle ne se traduit encore par aucun signe clinique. Cela nous permettrait de poser le diagnostic d'Hépatite beaucoup plus tôt; mais dans la majorité des cas, il n'en est pas ainsi. C'est pour cela qu'une radiographie du foie négative ne doit pas faire éliminer systématiquement l'Hépatite.

FIEVRE

La température est généralement élevée, mais irrégulière; elle évolue entre 38°5 et 40°, avec une rémission matinale. Il y a de grandes oscillations. Mais, nous le savons, cette température est loin d'être la même dans tous les cas; elle est tantôt en plateau (observations I, IV, V, VI, IX, XII, XV, XIX et XXIII), tantôt intermittente (observations VII, XXII et XXIV), tantôt ondulante (observation VIII); c'est une des causes des erreurs de diagnostic. Nous l'étudierons davantage à propos des formes cliniques et du diagnostic différentiel.

ANTECEDENTS

La recherche d'un passé colonial ou, d'une façon plus précise, d'un passé dysentérique, doit être faite systématiquement, et, si elle est positive, elle est d'un bel appoint dans l'édification du diagnostic. Mais ici aussi, il faut tenir compte de la possibilité de cas autochtones. Les observations I, III, V, XIII, XVIII et XXII en donnent des exemples.

EXAMEN DU SANG

Cet examen nous donne quelques renseignements précieux. En ce qui concerne la numération globulaire, il y a peu de modifications du côté des hématies : on a quelquefois un léger degré d'anémie portant sur le nombre des Globules rouges (observations I et XI), anémie qui peut même être importante, comme le prouve l'observation suivante (résumée) de TRABAUD, *in Revue de Médecine et d'Hygiène Tropicales* :

OBSERVATION IV

X..., état typhoïde, courbe thermique oscillant entre 38° et 39°. Tous les examens pratiqués ont été négatifs, sauf l'examen des poumons qui montre quelques crépitations très fines dans la fosse sus-épineuse droite et au sommet gauche. Aux Rayons X, les sommets sont un peu gris.

Examen sanguin :

Globules rouges : 2.775.500

Globules blancs : 20.000

Polynucléaires : 81,5 %

Un mois après, diarrhée avec selles glaireuses, nausées, vomissements ; foie augmenté de volume, non douloureux ; pas de point phrénique Examen des selles négatif.

Huit jours plus tard, apparition d'une circulation veineuse collatérale ; l'anémie s'accroît. A un troisième examen des selles, on découvre *Entamæba histolytica*. Traitement médical, guérison.

Mais les modifications les plus importantes portent sur les Globules blancs : leur nombre est constamment augmenté (15 à 20.000) et peut même atteindre 40.000 et plus. Quant à la formule, elle montre une polynucléose constante variant entre 75 et 85 %. Malgré quelques réserves (pas d'hyperleucocytose dans l'observation XXII ; formule leucocytaire normale dans l'observation VIII), une hyperleucocytose avec polynucléose est de règle dans l'Hépatite suppurée. C'est là un point important à retenir, qui pourra nous servir pour affirmer l'Hépatite Amibienne.

TRAITEMENT D'ÉPREUVE A L'ÉMETINE

Devant l'inconstance ou l'infidélité de la plupart des éléments précédents, que nous reste-t-il pour porter le diagnostic d'Hépatite ? Il nous reste le moyen le plus sûr et le plus facile, dit Noël Fiessinger, c'est le traitement d'épreuve à l'évétine. Dans la plupart des observations que nous citons, le clinicien finit par penser à l'Hépatite, — qu'un nouvel élément vienne ou non l'orienter —, mais il ne peut être absolument sûr de son diagnostic tant qu'il n'en a pas une preuve certaine. Cette preuve pourrait lui être apportée par l'examen des selles, mais les résultats de cet examen sont par trop inconstants pour s'y fier systématiquement. C'est donc le traitement d'épreuve qui vient la lui apporter. Bien sûr, nous savons les résultats surprenants de l'évétine dans le traitement de certaines sup-

purations pulmonaires qui ne sont pas d'origine amibienne, mais cela ne peut rien enlever à l'action toute remarquable de l'émétine dans l'Amibiase, et nous continuerons à admettre la spécificité de l'émétine, surtout en matière de suppuration hépatique. Outre cet avantage « d'être un moyen rapide d'affirmer un diagnostic hésitant » (Paisseau), le traitement d'épreuve n'est, après tout, que le commencement du traitement de l'Hépatite ; d'où moins grande perte de temps, ce qui ne peut avoir que d'heureux résultats sur l'issue finale de la maladie.

L'action de l'émétine est le lien qui unit toutes les Hépatites, mais, alors que dans l'Hépatite typique cette action peut n'être qu'un moyen de confirmation du diagnostic, dans l'Hépatite fruste elle n'est souvent que le seul élément certain de diagnostic positif. Et cela ne fait qu'en accroître l'importance.

PONCTION EXPLORATRICE

Nous ne pouvons passer sous silence, en terminant ce chapitre, le rôle de la Ponction Exploratrice. Elle fut autrefois d'un grand secours : la présence de pus chocolat que l'on retirait était assez caractéristique pour y attacher quelque importance. La méthode est un peu abandonnée aujourd'hui devant la commodité du traitement d'épreuve. De plus, il y a intérêt à faire un diagnostic rapide : mieux vaut donc ne pas attendre la formation d'un abcès et traiter la maladie le plus tôt possible. Mais c'est une méthode sûre à laquelle il faudra avoir recours chaque fois que ce sera nécessaire.

CHAPITRE V

FORMES CLINIQUES DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Sous la terminologie de Formes Cliniques, nous réunirons les différents aspects des Hépatites Amibiennes à forme septicémique. Nous savons, en effet, que ces Hépatites Amibiennes prennent le plus souvent l'allure d'une Fièvre Typhoïde ou d'une Granulie ; mais elles simulent aussi bien d'autres maladies. Ce sont ces formes que nous étudierons successivement, donnant à propos de chacune d'elles quelques éléments de diagnostic différentiel.

L'AFFECTION SIMULE UNE FIEVRE TYPHOÏDE

Le cas est très fréquent. Telles sont les observations I, III, IV, V et de IX à XIX de cet ouvrage et les observations n° 42, 71 et 76 de Sambuc. (Voir Bibliographie.)

Citons tout d'abord, à titre d'exemple, une observation empruntée à ARNAUD (*Marseille Médical*, 1887) :

OBSERVATION V

Le 28 octobre 1885, entre dans mon service de l'hôpital de la Conception, le nommé B... Etienne, journalier, âgé de 19 ans, né à Côme (Italie). Ce jeune homme habite Marseille depuis un an environ ; il n'a jamais été dans les pays chauds ni en Afrique, n'a jamais eu de dysenterie ni de diarrhée ; pas d'impaludisme ; malgré sa jeunesse, il a des habitudes alcooliques avérées, mais aucun autre antécédent appréciable. L'état de malpropreté remarquable dans lequel il se trouve nous oblige à lui prescrire un bain tiède le jour de son entrée.

La maladie remonte à une quinzaine de jours : il fut pris progressivement de malaise général avec céphalalgie et fièvre. Cependant il a pu venir à pied à l'hôpital. Au moment où nous l'observons, les symptômes sont les suivants : stupeur modérée, fièvre forte, continue, avec exacerbations vespérales, pas de frissons ; sécheresse de la peau. La langue est saburrale, un peu rouge sur les bords. Le ventre est ballonné uniformément, mais de préférence au niveau du creux épigastrique ; léger gargouillement de la fosse iliaque droite ; quelques selles diarrhéiques à la suite d'un purgatif administré en ville ; constipation le reste du temps. Au milieu de la couche de crasse qui recouvre son abdomen, nous croyons apercevoir quelques taches rosées lenticulaires. La rate paraît développée, mais ce qui frappe surtout, c'est l'augmentation de la matité hépatique avec rémission spéciale à la palpation de l'épigastre. Le foie ne déborde pas les fausses côtes, mais la base de la poitrine paraît élargie du côté droit, les côtes un peu portées en dehors, et leur obliquité diminuée. La matité hépatique remonte en haut, presque jusqu'au mamelon. Il n'y a pas de traces de fluctuation, pas de douleur spontanée et la pression au niveau du foie est à peine sensible. Il n'y a jamais eu d'ictère. L'auscultation fait percevoir des râles de congestion dans les deux poumons, en arrière et aux bases, un peu plus marqués du côté droit.

En présence de pareils symptômes, mon diagnostic fut d'abord hésitant. L'exploration du foie ne démontrait pas l'existence d'une augmentation de volume manifeste de l'organe.

Mais, en raison du peu de sensibilité à la pression, de la date relativement récente de la maladie, de la marche de la fièvre continue, sans frissons ni sueurs, des symptômes généraux, de l'âge du malade et surtout de l'absence de cause appréciable d'altération aiguë du foie, de diarrhée, de dysenterie notamment, je ne me crus pas en droit d'affirmer l'existence d'une Hépatite suppurée. Je m'arrêtai donc au diagnostic de Fièvre Typhoïde avec énorme congestion du foie.

Le traitement institué fut le suivant : purgatif salin, ventouses sur la région hépatique, diète lactée.

Le 4 novembre au matin, 6 jours après son entrée, notre malade accuse une vive douleur à la base de la poitrine, du côté droit, accompagnée de dyspnée très vive, avec exacerbation de la fièvre. A l'auscultation, matité en arrière et à droite, jusqu'à l'épine de l'omoplate, disparition du murmure vésiculaire, pas de souffle ni de râles, vibrations diminuées, mais perceptibles dans une assez grande étendue de la matité. Diagnostic : pleurésie avec épanchement. Traitement : vésicatoire, alcool, carbonate d'ammoniaque, etc...

Dans la nuit du 4 au 5 novembre, délire violent et mort à 8 h. du matin.

Autopsie : abcès du foie.

Comme nous venons de le voir, cette hépatite simulait fort une Fièvre Typhoïde. Cependant la ressemblance n'est jamais complète. Il manque toujours quelque chose au tableau clinique d'une parfaite Fièvre Typhoïde et le clinicien n'est pas satisfait de son diagnostic. Examinons en détail chacun de ces signes trompeurs :

Parmi les signes généraux, voyons d'abord la température : le tracé schématique de Winderlich et surtout le stade amphibole n'existent pas dans l'Amibiase. La température est élevée dans les deux maladies, mais de grandes oscillations sont en faveur de l'Hépatite, surtout à la phase de suppuration. Si la température persiste élevée, c'est un symptôme de premier ordre en

faveur de la Fièvre Typhoïde, mais il est évident que si nous n'intervenons pas dans l'Hépatite Amibienne par l'émétine, la température se maintient à 39°. Comme le dit Trabaud, « on soigne le malade et on est tout étonné, à la fin du deuxième septénaire, de voir le plateau se poursuivre sans que se dessine le stade amphibole. »

Le pouls est relativement lent par rapport à la température dans la Fièvre Typhoïde, mais cette dissociation ne peut être retenue en faveur de cette dernière maladie, car elle existe dans les observations I, IX et XX.

L'état général ne départage pas plus les deux affections. On sait l'état d'adynamie, d'obnubilation profonde dans lequel la Fièvre Typhoïde met le malade ; l'Hépatite, elle aussi, peut réaliser le même tableau : les malades des observations I et XI présentaient un véritable typhos. L'amaigrissement paraît cependant plus précoce dans l'Hépatite que dans la Fièvre Typhoïde (Fiessinger) ; on aurait pu en tenir compte pour les malades des observations XVIII et XXV.

Pour ce qui est des signes physiques, la tache rosée lenticulaire, si caractéristique de la Fièvre Typhoïde, peut même se retrouver dans certains cas d'Hépatite (observations V et IX) ; elle ne traduit en somme qu'une certaine fragilité vasculaire d'ordre hémogénique, un certain degré d'insuffisance hépatique. La splénomégalie est aussi un bon signe de Fièvre Typhoïde ; mais la plupart des amibiens sont de vieux coloniaux, et la grosse rate peut aussi bien être imputée à une ancienne impaludation ; d'ailleurs, dans l'Amibiase, elle peut très bien représenter une action de défense de l'organisme contre *Entamoeba histolytica*, destructrice d'hématies. Quant à l'hépatomégalie, elle peut s'interpréter de deux façons : soit Amibiase Hépatique, soit localisa-

tion hépato-vésiculaire de la Fièvre Typhoïde, et l'on conçoit la difficulté qu'il y aurait à vouloir trouver le départ des deux hypothèses sur ce seul signe.

Les signes fonctionnels, eux aussi, prêtent à confusion : nous avons trouvé des observations dans lesquelles le malade présentait du gargouillement de la fosse iliaque droite (observations V, IX, X et XIII), de la diarrhée, une langue saburrale, signes que l'on rencontre si fréquemment dans toutes les affections intestinales.

Les examens de laboratoire, par contre, sont affirmatifs. L'hémoculture, le séro-diagnostic de Widal sont positifs dans la Fièvre Typhoïde, négatifs dans l'Hépatite. L'examen du sang d'un typhoïdien montre une leucopénie avec mononucléose tandis que, nous le savons, la leucocytose avec polynucléose est la règle dans l'Hépatite suppurée.

En somme, lorsque l'Hépatite simule une Fièvre Typhoïde, nous voyons combien il est difficile de dire si un symptôme relève plus de l'une que de l'autre ; c'est donc surtout par les examens de laboratoire que nous pourrons les différencier.

L'AFFECTION SIMULE UNE TUBERCULOSE AIGUE

La fréquence de cette possibilité est moins grande que celle de la précédente. D'ailleurs très souvent, il s'agit de malades au sujet desquels on a déjà pensé à une Fièvre Typhoïde qui n'a pas été confirmée, et sur lesquels quelques signes pulmonaires viennent en second lieu orienter le clinicien vers le diagnostic de Granulie. Tel est le cas des observations I, VI, XV, XVIII, XIX, XX, XXI et XXIV citées dans cette thèse et de l'observation n° 103 de Sambuc.

L'observation suivante, rapportée par PÉRARD, in *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, et résumée par ROSSIGNOL dans sa thèse, nous en donne un bel exemple :

OBSERVATION VI

P..., 30 ans, a toujours été bien portant pendant son séjour au Congo. En février 1921, fièvre, amaigrissement l'obligent à garder le lit. Douleur profonde à la base du poumon droit et en arrière, qu'on traite par le repos et les massages. Radioscopie faite à Brazzaville : on pense à une Granulie. Evacuation. Aggravation sur le bateau. A l'escale de Dakar, un nouvel examen radioscopique confirme le diagnostic de Granulie. Débarqué à nouveau à Casablanca, il y est vu par les docteurs Pérard et Speder : amaigrissement, température vespérale à 40°2, douleur lombo-dorsale droite. La palpation des reins ne décèle rien d'anormal ; les urines sont normales. On confirme le diagnostic de Granulie. Mais l'examen radiologique, pratiqué par le docteur Speder, décèle un Abscès du Foie en voie d'ouverture dans les bronches : « Voile du lobe moyen à la partie externe du poumon droit. La base paraît assez claire... Le diaphragme est dessiné par une limite floue, le cul-de-sac diaphragmatique droit est voilé. Sous le diaphragme, zone claire, et, sous cette zone claire, ombre intense, à limite horizontale qui semble correspondre à une poche remplie de liquide, surmontée d'une petite quantité de gaz. Diaphragme droit de 10 cm. plus haut que le diaphragme gauche ; cœur déplacé à gauche. A signaler un léger épanchement pleural à la partie postérieure ; la voussure signalée plus haut n'est en quelque sorte qu'une hernie du diaphragme, deux courbures étant superposables, une à grand rayon, et une autre, plus haut, à toute petite courbure. »

Intervention chirurgicale. Emétine. Guérison. *

L'observation précédente montre combien sont aléatoires les résultats de la radiologie sur laquelle il semblerait qu'on puisse fonder tous les espoirs pour trouver le départ entre les deux affections : Granulie Pulmonaire et Hépatite Amibienne. En effet, à deux repri-

ses, deux radioscopies faites par deux médecins différents ont confirmé le diagnostic de Granulie et ce n'est que le troisième examen qui a révélé l'hépatomégalie et donc l'hépatite. Cliniquement, le poumon est envahi de râles de bronchite diffuse, râles quelquefois migrateurs; l'état général est grave, le malade abattu, la température élevée et persistante, l'amaigrissement rapide. Mais cela ne diffère en rien d'une Granulie et c'est ce qui explique que dans l'observation citée, par trois fois, les médecins se soient mépris sur l'origine du syndrome. Cependant, le granulique présente toujours un certain degré de cyanose et de dyspnée, son pouls bat rapidement. Ce sont des éléments à ne pas négliger et qui ne se retrouvent pas chez l'Amibien ; de la dyspnée fut néanmoins relevée chez les malades des observations I et XV. Enfin, l'examen bactériologique des crachats montre des Bacilles de Koch chez le granulique seulement.

L'AFFECTION EST DU TYPE PSEUDO-PALUSTRE

On sait que le Paludisme de primo-invasion se présente sous l'aspect d'une Infection Typhoïde grave ou d'un simple Embarras gastrique fébrile, avec tous les intermédiaires possibles. On conçoit dès lors que certains cas d'Hépatite Amibienne puissent simuler le Paludisme.

Citons les observations VII, VIII et XXII de ce travail et les observations n° 4, 11, 21, 37, 81, 90 et 101 de SAMBUC dont nous allons résumer l'observation n° 81 :

OBSERVATION VII

J. P..., 28 ans, soldat au 10^e Colonial (Haï-Phong), 5 ans de séjour au Tonkin, entre à l'hôpital, le 24 septembre 1908, avec

Le diagnostic de Paludisme sur son billet d'hôpital. La maladie a débuté un mois auparavant, par des accès de fièvre et des troubles digestifs (inappétence, dyspepsie). Au début, la fièvre était intermittente (accès tous les jours ou tous les deux jours), puis elle est devenue continue. La région hépatique est depuis quelques jours un peu douloureuse. Le malade a eu un peu de diarrhée et, à diverses reprises, quelques selles sanguinolentes. La température est de 37°7 le matin et de 38°9 le soir. On fait une série d'injections de quinine pendant 4 jours et un examen du sang qui ne montre pas d'Hématozoaires. La matité hépatique est de 14 cm. sur la ligne mamelonnaire et de 16 cm. sur la ligne axillaire antérieure. Le 29 septembre, la température est à 37°5 le matin et à 38°6 le soir. Le foie est de plus en plus douloureux. Il est augmenté de volume, surtout en haut, et remonte jusqu'à un travers de doigt du mamelon.

Le 30 septembre : ouverture d'un abcès du volume d'une grosse orange, contenant 500 gr. de pus chocolat. Le 2 octobre : décès.

A l'autopsie : lésions nettes de dysenterie en activité sur le gros intestin ; abcès du foie.

La fièvre de ce malade fut au début du type intermittent, puis devint continue. C'est également ce qui se passe dans le Paludisme de primo-invasion. L'accès fébrile du Paludisme, pourtant si caractéristique avec ses trois phases de frisson, chaleur et sueurs profuses, se trouve quelquefois simulé par les clochers thermiques d'une Hépatite suppurée (observations VIII et XXII). Les signes fonctionnels et physiques ne peuvent pas plus départager les deux affections. Les examens de laboratoire, par contre, sont plus significatifs : la présence de l'Hématozoaire dans le sang du malade, l'anémie toujours importante et la leucopénie ne se rencontrent que dans le Paludisme. Enfin la spécificité de la quinine envers l'Hématozoaire de Laveran en fait un élément capital pour le diagnostic différentiel.

Néanmoins, la différenciation reste complexe, car il peut y avoir association de l'Amibiase et du Paludisme,

toutes deux maladies coloniales, et tel paludéen chronique peut avoir une poussée aiguë d'Hépatite imputable à l'Amibiase.

L'HEPATITE SIMULE UNE MELITOCOCCIE

Cette éventualité est beaucoup plus rare. Cependant l'observation suivante, rapportée par LAPORTE et ROQUES à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (7 avril 1922), rend témoignage de son existence :

OBSERVATION VIII

Germain P..., 43 ans, propriétaire à G... (Tarn), envoyé au Maroc en août 1914, y reste jusqu'en décembre 1918, mobilisé dans un régiment d'Infanterie. Il contracte la Fièvre Typhoïde en 1915.

En 1917, il présente des selles glaireuses et parfois sanguinolentes pendant deux ou trois mois. Il n'est pas hospitalisé à cette occasion et ne subit aucun traitement. En septembre 1918, apparition de douleurs vives au creux épigastrique avec propagation à l'hypochondre droit et à l'épaule droite, durant une demi-heure environ, et survenant le plus souvent après le repas du soir. Cette dernière période douloureuse dure jusqu'en novembre 1918. Le malade est rapatrié en décembre 1918.

En France, en février 1919, période douloureuse d'une quinzaine de jours. En novembre 1919, nouvelle série de crises d'une durée de un mois et demi. Les crises surviennent maintenant à toutes les heures ; elles s'accompagnent d'accès fébriles, violents, avec frisson initial et sueurs profuses, rappelant l'accès palustre.

En 1920, de février à juin, crises très fréquentes ; l'une d'elles s'accompagne d'ictère. Le malade remarque dès ce moment-là une certaine régularité dans les crises douloureuses et fébriles. Il est considéré successivement comme atteint de Paludisme et de Lithiase biliaire. Un traitement prolongé par la quinine reste

sans résultats. Il va à Vichy en juillet 1920, où il est nettement amélioré du point de vue général.

Nous voyons le malade à la campagne à la fin du mois d'août 1920. Nous le prions de venir à Toulouse pour compléter notre examen et lui demandons de prendre régulièrement sa température rectale. Le malade, pour des raisons diverses, attend quatre mois et demi pour venir, mais il fait avec le plus grand soin sa courbe thermique pendant toute cette période. La température suit un cycle à peu près régulier. Elle est normale pendant 4 à 6 jours, elle s'élève ensuite en 2 ou 3 jours à 38°5, 39° ; elle s'y maintient pendant 3 jours et revient ensuite en 2 ou 3 jours à la normale. La durée totale de ce cycle est de 11 à 12 jours. Il se reproduit très sensiblement le même depuis le début de septembre 1920 jusqu'en janvier 1921. Le malade affirme qu'il en était ainsi depuis longtemps déjà, mais il n'avait pris que très irrégulièrement sa température avant septembre 1921.

Les douleurs, pendant toute cette période, suivent la marche de la température. Leur caractère paroxystique est beaucoup moins marqué ; elles s'exagèrent pendant la période d'ascension de la fièvre et diminuent très vite pendant sa descente ; pendant la période apyrétique, le malade se trouve tout à fait bien ; son état général s'améliore rapidement jusqu'au début de la crise suivante.

La crise de fin décembre et la première crise de janvier sont particulièrement violentes. Nous voyons le malade le 10 janvier 1921.

A l'examen, il présente un gros foie débordant de 1 cm. environ le rebord des fausses côtes et surtout développé en haut et en avant où il atteint nettement le 4^e espace intercostal. Il est douloureux dans son ensemble, mais les douleurs provoquées sont surtout nettes vers l'extrémité antérieure de la 10^e côte. La vésicule n'est pas perçue ; la rate est normale. Rien à signaler du côté des autres organes. L'état général est relativement satisfaisant. La pression sanguine est de 13,5/8,5 au Pachon. La radioscopie permet de constater l'hypertrophie du lobe droit du foie ; le bord supérieur présente une déformation angulaire des plus nettes ; la mobilité du diaphragme à droite est diminuée. L'examen du sang donne :

Urée : 0 gr. 235

Cholestérinémie : 1 gr. 47

Globules rouges : 4.500.000

Globules blancs : 9.000

Formule leucocytaire : normale

Les urines sont normales ; la constante d'Ambard est normale. L'examen des selles n'a révélé ni Amibes, ni kystes amibiens. Malgré ces résultats négatifs, le diagnostic d'Hépatite Amibienne nous parut certain.

Le 15 janvier 1921, jour où normalement doit recommencer l'ascension thermique, le malade reçoit une première injection sous-cutanée de Chlorhydrate d'émétine de 0,04 cg., ainsi que les jours suivants : la fièvre n'apparaît pas, les douleurs ont disparu. Le malade reçoit en un mois 0,96 cg. de Chlorhydrate d'émétine, en 3 séries d'injections. L'état général s'améliore très vite. Le malade augmente de poids...

Examiné le 10 mars 1922, son état paraît être absolument normal.

Cette observation est tout à fait typique. Nous savons que la fièvre est le symptôme essentiel de la Mélitococcie : elle s'élève progressivement, se maintient à 39° pendant quelques jours, puis s'abaisse et revient à la normale, y reste pendant quelques jours, puis s'élève à nouveau et ainsi de suite..., dessinant ainsi des ondulations. Or, c'est exactement ce qui s'est passé pour notre malade. Nous voyons donc combien la différence sera difficile à établir entre Hépatite à forme ondulante et Mélitococcie, d'autant plus que d'autres éléments trompeurs viennent s'ajouter : les sueurs profuses de la Mélitococcie se rencontrent parfois dans ces variétés d'Hépatite (observation I) ; les douleurs diverses se retrouvent également dans l'observation VIII. Cependant il y a moyen de différencier l'Hépatite à fièvre ondulante de la Mélitococcie, car celle-ci seule présente une leucopénie avec mononucléose, une hémoculture positive pour le Mélitocoque, un séro-diagnostic positif, une intra-dermo-réaction positive à la Mélitine.

LES AUTRES AFFECTIONS SIMULEES PAR L'HEPATITE

Les affections simulées par l'Hépatite que nous venons d'étudier, sont de beaucoup les plus fréquentes, bien qu'il faille encore faire quelques réserves pour les fièvres de type intermittent ou ondulant.

L'Hépatite Amibienne à forme septicémique peut encore simuler une Pneumonie (observation XXIII), une Fièvre Syphilitique (observation XXIV), une Cholécystite (observation XXV de cet ouvrage et observations n° 8, 22 et 59 de Sambuc), voire même la Dengue (observation n° 50 de Sambuc). Il faudra quelquefois la différencier des Septicémies, soit Méningococcémies, soit Streptococcémies dans leur forme lente, endocarditique (on y a pensé dans l'observation XXII), soit Spirochétoses telles que Typhus récurrent, Spirochétose ictéro-hémorragique, Fièvre des tranchées.

La Pleurésie elle aussi est souvent simulée. Cela n'a rien d'étonnant si l'on se rappelle la fréquence appréciable des réactions pleurale ou pleuro-pulmonaire de la base droite dans l'Hépatite typique. Mais cette réaction est généralement en rapport avec un gros foie, dont la limite supérieure est remontée, et nous avons vu que l'hépatomégalie était généralement absente dans les formes que nous étudions.

CHAPITRE VI

EVOLUTION. — PRONOSTIC. TRAITEMENT.

L'évolution, le pronostic et le traitement des Hépatites Amibiennes à forme septicémique ne diffèrent en rien de ceux des Hépatites. Aussi serons-nous bref sur ces chapitres-là également.

EVOLUTION

L'évolution peut se faire de façon aiguë ou subaiguë, mais elle se fait toujours vers la formation d'un abcès. Cet abcès peut guérir spontanément par résorption et sclérose, ou encore sous l'influence du traitement éméthinien. Il peut aussi s'enkyster, mais très fréquemment, il peut donner la mort. Enfin, lorsque l'abcès subit des migrations, la collection purulente finit par se faire jour soit dans les bronches, pour la plupart des cas,

et le malade a alors une vomique de pus chocolat, soit, et nous ne citons ces éventualités que pour mémoire, dans la plèvre, dans le péritoine, dans le péricarde, dans le tube digestif, dans le rein droit, dans la veine cave inférieure ou à la peau.

PRONOSTIC

Le pronostic fut très sombre autrefois : la mort était la terminaison la plus fréquente des Hépatites Amibiennes. Mais, pendant que le diagnostic se faisait d'une façon plus précoce et plus précise, la Chirurgie apportait de son côté une aide de plus en plus efficace et permettait d'entrevoir la guérison. Enfin, depuis l'emploi de l'émétine, préconisée en 1912 par Sir Léonard ROGERS, le pronostic est devenu favorable, mais il reste conditionné par la précocité de l'emploi de l'émétine.

TRAITEMENT

Le traitement est médical ou chirurgical.

Médical, il consiste surtout dans l'émétine et les arsénicaux. On doit toujours commencer par l'émétine, car, on le sait, l'émétine est à la clef de diagnostic. Nous fîmes à notre malade de l'observation I des injections sous-cutanées de Chlorhydrate d'émétine : 0,08 cg. par jour en 2 injections, pendant 6 jours, puis 0,04 cg. par jour pendant 8 jours, soit au total une série de 0,80 cg. On peut tâter la susceptibilité du malade en commençant par des doses croissantes (0,01 cg., 0,06 cg., 0,08 cg.), mais on ne dépasse pas 1 gr. par mois. Les signes d'intolérance tels que troubles nerveux, moteurs, sensitifs ou réflexes, rapidité du pouls, baisse de la tension arté-

rielle doivent faire arrêter l'administration du médicament. On attend deux à trois semaines avant de recommencer une nouvelle cure. Dans l'intervalle, on prescrit les arsenicaux. Les arsenicaux employés sont le Stovarsol ou le Tréparsol à raison de 0,75 cg. par jour pendant 5 jours et de 0,50 cg. par jour pendant les 5 jours suivants, et le Novarsénobenzol à raison d'une injection de 0,30 cg. tous les 4 jours jusqu'à atteindre 3 gr. au total. Enfin, l'Amibiase étant une maladie chronique, nous devons prescrire un traitement d'entretien soit par l'émétine, soit par les arsenicaux, ou encore un traitement d'entretien mixte (émétine-stovarsol par exemple), et il sera également bon de recommander au malade des règles de diététique hépatique et de compléter son traitement par une ou plusieurs cures hydro-minérales.

Chirurgical, le traitement consiste dans l'évacuation du pus. La ponction exploratrice renseigne sur l'existence et le siège de l'abcès; évacuatrice, elle ne suffit généralement pas. On aborde le foie par les voies abdominale ou trans-pleuro-diaphragmatique, selon le siège de l'abcès ; on ouvre l'abcès et on draine. On complète habituellement le traitement chirurgical par un traitement médical post-opératoire, c'est ce qui a permis d'obtenir des guérisons aussi remarquables par la chirurgie.

Cependant, le traitement chirurgical est de moins en moins employé : il cède le pas à l'émétine, médication si commode et si efficace. Le traitement médical trouve en effet ses indications dans la plupart des cas, surtout dans les formes aiguës, subaiguës et abortives de l'Amibiase hépatique, et en particulier dans les formes que nous avons étudiées ; mais le traitement chirurgical ou mieux médico-chirurgical reprend tous ses droits dans les formes chroniques, dans tous les cas où le pus est bien collecté et l'abcès bien constitué.

CHAPITRE VII

ESSAI PATHOGENIQUE

Nous avons appelé les Hépatites frustes dans lesquelles prédominent les signes généraux des Hépatites Amibiennes à forme septicémique. Est-ce à dire qu'il s'agisse là d'une véritable septicémie ?

L'Amibe, nous le savons, a un rôle pathogène certain : elle est capable à elle seule de donner une Hépatite suppurée. Nous ne reviendrons pas sur les expériences qui l'ont prouvé, ni sur l'épreuve de l'injection rectale du pus d'un Abscès hépatique qui donne au chat une Dysenterie typique. Quelles sont donc, une fois franchies les ulcérations intestinales, véritables portes d'introduction de l'Amibe dans l'organisme, quelles sont donc les voies de dissémination de cette Amibe vers le foie ? La voie péritonéale est peu vraisemblable : l'Amibe passerait de l'intestin dans le péritoine périhépatique et de là atteindrait le foie. La voie lymphatique doit être, elle aussi, rarement empruntée : de la

sous-muqueuse intestinale, l'Amibe passerait dans les chylifères intestinaux, puis dans la citerne de Pecquet, dans le canal thoracique et enfin dans la circulation générale. Par contre, la voie veineuse est la plus probable : on a vu l'Amibe dans la veine sous-muqueuse intestinale, dans la Veine Porte et aussi dans la Veine Cave Inférieure.

Par conséquent, il y a passage de l'Amibe dans le sang ; elle peut s'arrêter dans le foie en un véritable embol parasite ou poursuivre plus loin sa route dans la circulation générale (Lacaze et Melnotte). Mais une septicémie n'est pas seulement le passage d'un microbe dans le sang ; il faut qu'il y ait aussi pullulation et reproduction de ce microbe. Or, Lacaze et Melnotte sont affirmatifs sur ce point : « Si le mot d'amibémie traduit le passage de l'Amibe dans le sang, cela ne veut pas dire qu'il s'agisse là d'une véritable septicémie, cliniquement isolable et s'accompagnant de la multiplication des Amibes et de leur pullulation dans le milieu sanguin. » Ne serait-ce pas un peu trop affirmatif ? Comment, en effet, ne pas admettre que l'Amibe, surtout au stade hématophage, dans le protoplasme de laquelle on trouve toujours des hématies, ne puisse vivre, donc se reproduire dans le milieu sanguin où les hématies se trouvent en si grande abondance ? Sans doute, on n'a jamais vu l'Amibe se reproduire dans le sang, mais tout de même on l'a trouvée dans la Veine Cave Inférieure ; elle avait donc franchi la barrière hépatique !

Nous ne voulons cependant pas affirmer qu'il y a véritablement septicémie sur la seule présence de l'Amibe dans la Veine Cave Inférieure. Les preuves seraient vraiment insuffisantes. Mais il nous faudrait tout de même trouver une explication à l'aspect sou-

vent tragique du malade, aux grandes oscillations de la température, à l'absence temporaire de toute localisation hépatique, à cette atteinte profonde de l'état général qui ressemble tant à celui que donnent les Septicémies. Comment l'expliquer, sinon par une atteinte vraiment générale de l'organisme ? Celui-ci lutte, se défend énergiquement comme le prouve la leucocytose avec polynucléose qui est de règle dans les Hépatites. Y a-t-il septicémie ? Ou bien s'agit-il seulement de toxémie ? Quoiqu'il en soit, l'Amibe a colonisé dans le tissu hépatique pour lequel elle a tant d'affinité. Elle travaille sournoisement jusqu'au jour où le foie devient douloureux, ou commence à être décelable cliniquement ou radiologiquement. Et, continuant son œuvre, l'Amibe finira par former un abcès, à moins que le traitement émétiqne ne vienne contrecarrer ses efforts. Il n'en reste pas moins vrai que la maladie a évolué en deux temps : une phase générale a précédé la phase locale. C'est ainsi que peut s'interpréter le silence du foie durant les premiers jours de la maladie. L'Amibe pullule-t-elle dans le sang, y vit-elle, s'y reproduit-elle, traduit-elle sa présence dans ce milieu par les phénomènes généraux que nous avons décrits, avant de se retrancher, vaincue, dans le tissu hépatique où elle pourra vivre et se développer au sein des colonies florissantes qu'elle y a laissées ; en un mot, y a-t-il véritablement Septicémie Amibienne avant toute localisation hépatique ? Ou bien, plus simplement, s'agit-il d'une période durant laquelle rien ne traduit localement le travail de l'Amibe, tandis que par ses toxines elle déclenche une réaction générale de l'organisme ?

Nous ne nous prononcerons pas pour l'une ou pour l'autre de ces possibilités. Néanmoins, il existe une phase générale de la maladie, assez longue pour devoir être expliquée, et si l'on ne peut affirmer que durant

cette période l'Amibe vit et se reproduit dans le sang, on doit reconnaître que les signes généraux observés donnent le change pour une véritable Septicémie. Ceci n'est-il pas du moins suffisant pour nous permettre d'appeler ces Hépates Amibiennes, Hépates à forme septicémique ?

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

Il nous semble maintenant que les Hépatites Amibiennes à forme septicémique forment un tout intéressant. Bien sûr, nous n'avons jamais eu l'intention de les séparer du cadre général des Hépatites Amibiennes. « L'unité d'évolution et la progression continue et constante » de toutes les formes (Lacaze et Melnotte), l'identité de l'élément pathogène, la spécificité de l'action de l'émétine se chargeraient de nous contredire. Nous avons voulu seulement :

I. — Attirer l'attention sur les difficultés de diagnostic, en particulier pour les formes frustes d'Hépatite Amibienne. « Pourquoi, comme le disent Bertrand et Fontan, dans l'Hépatite fruste l'inflammation hépatique suppurative risque-t-elle d'être méconnue ? Parce que, son mode d'expression symptomatique étant incomplet, les quelques phénomènes observés peuvent ne pas être rapportés à leur véritable cause, et non parce que rien ne traduit le travail pathologique qui a son siège dans

le foie. L'inflammation hépatique n'est pas ici absolument silencieuse : son langage clinique, insuffisamment explicite, peut être mal interprété, voilà tout ! » Aussi, suivant la prédominance de tel ou tel signe, suivant la présence de tel ou tel autre, nous groupons ces éléments en syndromes que nous attribuons à des maladies qui nous paraissent plus fréquentes. En somme, l'assertion de Fontan resté vraie : « Avant tout, pour diagnostiquer un Abscès du Foie, il faut y penser », ce qui est vrai *a fortiori* pour une Hépatite fruste.

II. Préciser que le silence du foie est la grande cause de nos erreurs de diagnostic, d'autant plus que la radiographie ne vient pas toujours suppléer à la déficience de la clinique.

III. — Rappeler la grosse importance du traitement d'épreuve à l'émétine dans le diagnostic des Hépatites Amibiennes à forme septicémique.

IV. — Prouver que le groupement des Hépatites frustes à prédominance des signes généraux, en Hépatites à forme pseudo-septicémique peut très bien se soutenir, par suite de l'allure de Septicémie des tableaux cliniques et malgré leur variété de simulation, et que l'on peut même employer le terme d'Hépatites Amibiennes à forme septicémique, si toutefois l'on veut bien se rappeler que rien ne permet d'affirmer la pullulation et la reproduction de l'Amibe dans le sang.

OBSERVATIONS

Nous reproduirons ici quelques observations, en les classant par leur simulation dominante :

SIMULATION DE FIEVRE TYPHOÏDE

OBSERVATION IX

(LOISON et ARNAUD, in *Revue de Médecine*, nov. 1892)

L..., cavalier au 4^e Chasseurs d'Afrique, à Manouba, malade pour la première fois, n'a jamais eu ni dysenterie, ni fièvre paludéenne, ni fièvre typhoïde.

26 sept. 1891. — Le malade est envoyé à l'hôpital, présentant une fatigue générale, de l'anorexie, de l'insomnie. Douleur à l'épaule droite. Langue blanche, ventre souple, pas de diarrhée, pòuls à 84, température vers 39° depuis 4 jours.

28 sept. : la quinine reste sans action sur la fièvre. On porte le diagnostic de Fièvre Typhoïde. Les jours suivants, gargouillement dans la fosse iliaque droite, taches rosées lenticulaires.

10 oct. : la température tombe. Douleurs persistantes au niveau de l'apophyse coracoïde et aussi au niveau du foie.

21 oct. : très amélioré, le malade est renvoyé à son corps. Mais aussitôt, il se remet à tousser et à cracher du sang. Il rentre le jour même à l'hôpital.

26 oct. : fièvre, râles sibilants et souffle à la base du poumon droit ; crachats sanguinolents.

29 oct. : progrès de la matité et de la condensation du poumon droit.

9 nov. : on admet un épanchement pleurétique emontant jusque vers l'angle de l'omoplate ; ventre souple ; 5 selles diarrhéiques dans les 24 heures.

13 nov. : aggravation ; fatigue extrême ; teint plombé ; diarrhée persistante ; augmentation de l'épanchement pleurétique. Une ponction exploratrice faite avec le Potain révèle la présence de pus. Séance tenante, sous le chloroforme, on pratique la pleurotomie par incision au bistouri, au 5^e espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure : pus grisâtre abondant, sans odeur. Deux gros drains, pas de lavage.

A dater de ce moment, l'état du malade empire chaque jour : dyspnée, dépression, ventre ballonné, selles dysentériques.

17 nov. : évacuation de selles purulentes qui font penser à un Abscès du Foie, ouvert dans l'intestin. Collapsus.

21 nov. : mort par asphyxie.

Autopsie : confirme le diagnostic d'Abscès du Foie.

OBSERVATION X

(SAMBUC, in *Les Abscès du Foie à l'Hôp. de Hai-Phong*)

A. V..., 38 ans, chauffeur à bord d'un paquebot, entre à l'hôpital le 2 juin 1908, Note du billet : « Embarras gastrique ; fièvre très légère ; diarrhée ; point de côté. »

3 juin : température 37°9, 38°, 38°6.

4 juin : température 37°3, 38°, 38°3.

Douleur spontanée au niveau du flanc droit. Matité hépatique normale. Rien de particulier à l'auscultation des poumons. Langue sèche et saburrale. Ventre sensible ; gargouillement dans la fosse iliaque droite. Selles diarrhéiques. Traces d'albumine dans les urines.

On songe à la Fièvre Typhoïde, car on prescrit trois bains froids par jour.

11 juin : séro-diagnostic de Widal négatif à 1/30. Le sang ne renferme pas d'Hématozoaires. On cesse les bains froids. La

température se maintient constamment aux environs de 38°5 tous les soirs. Le matin, il y a une défervescence marquée (36°1 à 37°). Le malade prend pendant plusieurs jours du salicylate de soude (3 gr.).

6 juillet : température 37°, 37°, 37°3.

Au nouvel examen du foie, la matité hépatique paraît légèrement augmentée. Elle remonte jusqu'à 2 travers de doigt du mamelon ; en bas, elle dépasse un peu le rebord costal.

7 juillet : température 36°4, 37°, 38°3.

Une ponction exploratrice, pratiquée dans le 7^e espace, sur la ligne axillaire antérieure, ramène du pus chocolat.

8 juillet : température 36°4, 38°1, 37°3 (pouls à 104). Ouverture d'un Absès du volume d'une grosse orange.

Fièvre irrégulière les jours suivants. Le malade, très affaibli, se cachectise rapidement. Il meurt le 17 juillet au matin : température à 39°7 ; pouls à 146.

OBSERVATION XI

(H.-P. KLOTZ, *in* ROSSIGNOL, *thèse Paris*, 1936)

D..., 31 ans, nous est envoyé par son médecin avec le diagnostic de Fièvre Typhoïde. Il présente depuis quelques jours de la fièvre, de la céphalée, un état d'obnubilation voisin du tufos, une courbature généralisée, avec un état saburral des voies digestives. Mais nous notons que le pouls n'est pas dissocié, qu'il n'y a pas de splénomégalie, pas de taches rosées, et qu'au lieu de diarrhée, ce malade présente une constipation opiniâtre.

Néanmoins, nous lui faisons une hémoculture et le soumettons à un traitement anti-infectieux banal. L'hémoculture reste négative, et sur ces entrefaites, la température se met à baisser, l'état général s'améliore. Le malade restant constipé, on le soumet à des lavements quotidiens.

Nous sommes cependant frappés de sa pâleur et l'on note en effet une anémie légère à 4.280.000 Globules rouges. Mais l'examen hématologique révèle, en outre, une éosinophilie sanguine à 24 %. Cette forte éosinophilie nous faisant soupçonner une affection parasitaire, nous réclamons un examen des selles.

Résultat : présence assez fréquente de kystes d'Amibes dysentériques.

Les antécédents intestinaux de ce malade sont peu caractéristiques : il n'a jamais eu ni sang ni glaires dans les selles ; il aurait toutefois, d'habitude, une selle molle, pâteuse, assez abondante au lever. La contamination semble provenir de son frère : celui-ci, en effet, a séjourné au Sénégal pendant la guerre, et, à son retour, a cohabité avec D... pendant 6 mois. Il a aussi d'autres parents qui ont séjourné en Algérie, avec lesquels ensuite il a habité en France.

Le reste de l'examen clinique de notre malade était négatif. En particulier, ni le foie ni la rate n'étaient augmentés de volume.

Après dix jours de traitement (0,02 cg. d'émétine et 0,50 cg. de Stovarsol), la guérison est complète : il n'y a plus de kystes dans les selles.

OBSERVATION XII

(BERNARD J.-P., *in thèse Montpellier*, 1879)

Pasquier Pierre, marin, âgé de 32 ans, revient du Sénégal et entre à l'Hôtel-Dieu, après avoir gardé le lit à bord pendant une quinzaine de jours ; la durée du voyage a été de 3 mois, du mois de mai au mois d'août ; le séjour à la colonie de trois semaines. C'est quelques jours après le départ que notre homme a ressenti les premiers symptômes : fatigue facile, faiblesse générale, troubles gastriques, diarrhée. Puis la langue est devenue rouge et sèche ; le ventre s'est ballonné en même temps qu'il devenait douloureux, que survenaient des vomissements de couleur verdâtre. La teinte ictérique des conjonctives venait compléter le tableau, mais cette teinte avait disparu ou était totalement insignifiante lorsque le malade nous arriva le 29 juillet 1878.

L'aspect extérieur, les phénomènes locaux, les phénomènes généraux, tout concordait cependant à faire admettre une Fièvre Typhoïde. C'est aux acides minéraux, en raison de la rougeur de la langue, au quinquina et à l'alcool qu'il fallut s'adresser. Quant à la marche de la maladie, je la résumerai en quelques mots :

Dans une première période, les phénomènes typhoïdes sont très accusés et dominent la scène : torpeur, abattement, élévation à peu près continue de la température avec exacerbations vespérales, maximum du matin 40°, minimum du matin 38°6, maximum du soir 41°, minimum du soir 39° ; diarrhée fétide, abondante ; langue rouge, totalement dépouillée. Le ventre est fortement ballonné, mais tellement douloureux que toute exploration méthodique est impossible.

Dans une seconde période qui ne comprend que 4 jours (jusqu'au 12 août), le malade se trouve dans un abattement complet ; la température s'abaisse brusquement à 37° (36° les derniers jours) ; le ventre est toujours ballonné ; mais, en raison du peu de sensibilité, l'exploration étant plus facile, l'hypertrophie du foie apparaît d'une façon manifeste et fait supposer un abcès.

C'est un Abcès du Foie, en effet, que nous trouvons à l'autopsie, abcès considérable, situé à la face postérieure du foie, vers le bord inférieur. De nombreuses ulcérations garnissent l'intestin grêle, mais surtout le gros intestin, et sont l'origine de nombreux détritits emboliques qui remplissaient la Veine Porte.

OBSERVATION XIII

(MAUREL, *Thèse Paris*, 1881 ; résumée par ARNAUD)

G..., 28 ans, menuisier, né à Bourg (Ain), entre à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 20 octobre 1880. Décès le 24 octobre.

Cet homme n'a jamais quitté la France ; il n'est à Marseille que depuis 2 mois. Pas de maladie antérieure, ni impaludisme, ni alcoolisme, ni syphilis. Début peu de temps après son arrivée à Marseille par de la fièvre et de la diarrhée.

Symptômes actuels : fièvre avec exacerbation vespérale ; abattement, sécheresse de la peau, langue blanche et large ; la diarrhée persiste sans ténesme ; jamais de sang dans les selles ; gargouillement dans la fosse iliaque droite ; ballonnement du ventre. Douleur spontanée, sourde, exaspérée par la pression, siégeant au niveau des dernières côtes droites, s'irradiant au mamelon ; pas d'irradiation à l'épaule droite. Le foie ne déborde

pas les fausses côtes. Du côté de la poitrine, submatité en arrière et à la base du poumon droit, diminution des vibrations et du murmure vésiculaire, toux et dyspnée. Les phénomènes généraux s'aggravèrent rapidement; l'oppression devint considérable; la douleur du côté augmenta, et l'on vit se produire un œdème sous-cutané dans la région hépatique, sans que l'on pût constater un abaissement notable du foie. A ce moment, l'idée d'un Abscès du Foie fut définitivement acceptée bien que l'on eût pensé le premier jour à une Fièvre Typhoïde avec pleurésie diaphragmatique concomitante. Malheureusement le malade succomba le lendemain avant qu'on ait eu le temps d'intervenir, 4 jours seulement après son entrée à l'hôpital.

Autopsie : congestion pulmonaire des deux bases ; pas de traces de pleurésie ; vaste abcès du foie.

OBSERVATION XIV

(Résumée de DALIOT et SAMBUC, *in* SAMBUC, *op. cit.*)

P. R..., fonctionnaire colonial, 29 ans, 2 ans de séjour en Indochine, entre à l'Hôpital de Haï-Phong le 11 août 1909. Diagnostic du billet d'entrée: « Embarras gastrique et fièvre. »

P. R... est un gros mangeur, un peu obèse, d'une bonne santé habituelle ; il a eu de temps en temps de la diarrhée, mais jamais de dysenterie. Il y a 15 jours, il a eu brusquement un violent accès de fièvre avec frisson, sueurs, vomissements. Depuis lors, il a de la fièvre tous les soirs, régulièrement ; l'estomac ne tolère aucune espèce d'alimentation. La langue est saburrale ; il y a de la constipation depuis le début de la maladie. Le foie est un peu hypertrophié, mais nullement douloureux. La rate est percutable. Les vomissements bilieux sont extrêmement fréquents et succèdent à l'ingestion de toute espèce de liquide.

11 août : température 37°2, 38°3, 38°.

12 août : température 37°2, 38°, 38°6.

13 août : température 36°6, 38°5, 38°9.

La fièvre persiste les jours suivants : la température varie entre 37° et 38° le matin, entre 38° et 39° le soir, malgré les injections de quinine. Le sang est examiné à plusieurs reprises au microscope : on n'y trouve point de parasites. Le séro-diagnostic de la Fièvre Typhoïde est négatif.

8 sept. : le foie étant plus volumineux qu'au début, on pratique 18 ponctions hépatiques sans trouver de pus. A la suite d'intervention, la fièvre diminue d'intensité pendant 3 jours, puis reprend ensuite ses caractères primitifs. Néanmoins, le malade quitte l'hôpital le 25 septembre, non guéri mais amélioré, avec le diagnostic de « Paludisme ».

Il rentre le 6 octobre, car du 28 au 29 septembre, il a eu une vomique (400 gr. de pus chocolat) qui se prolonge.

Intervention. Amélioration. Pleurésie post-opératoire. Mort.

Autopsie : vaste abcès de la convexité du lobe droit, correctement ouvert et drainé, en voie de guérison.

OBSERVATION XV

(CASTAIGNE et FRANÇON, *in Jour. Méd. Français*,
résumée par ROSSIGNOL, *in thèse Paris*, 1936)

X..., 35 ans, dysenterie aux Dardanelles, qui a complètement guéri. Deux ans après, pendant 2 mois, fièvre continue qui a fait penser à une Fièvre Typhoïde, mais les examens de laboratoire sont restés négatifs à diverses reprises. Puis, douleurs thoraciques, dyspnée, pleurésie de la base droite. On songe à une Tuberculose Aiguë. Température à grandes oscillations : 37°-38° le matin, 41° le soir. Mais en dehors de la pleurésie de la base droite, aucun signe de Tuberculose pulmonaire. Le foie est devenu gros, douloureux à la palpation, et dur. Malgré un examen de selles négatif, on pense à une Amibiase Hépatique. La radiographie montre « un foie encore plus gros qu'on ne l'avait supposé ».

Traitement et guérison.

OBSERVATION XVI

(SAMBUC, *op. cit.*)

F. B..., 23 ans, second-maitre de la Marine, 8 mois de séjour en Extrême-Orient, entre à l'hôpital de Hai-Phong le 28 novembre 1904. Note du billet : « Fièvre et embarras gastrique. »

29 nov. : température 38°4, 38°, 38°8.

30 nov. : température 38°3, 39°4, 38°3.

Depuis plusieurs jours, le malade a de la fièvre continue, avec céphalée intense et vertiges. On fait des lotions froides.

1^{er} déc. : température 38°5, 39°3, 39°3.

Le séro-diagnostic de Widal est négatif au 1/40.

2 déc. : température 38°4, 39°2, 39°5.

3 déc. : température 38°3, 38°2, 38°4.

F. B... a eu à Saïgon de la diarrhée dysentérique. Le foie est volumineux et déborde les fausses côtes. Mais il n'est pas douloureux. Une ponction faite dans le 8^e espace, sur la ligne axillaire antérieure, ramène du pus. Incision. Ouverture d'un abcès du volume d'une grosse orange.

OBSERVATION XVII

(SAMBUC, *op. cit.*)

J. R..., 27 ans, caporal (Kiên-An), 2 ans de séjour en Indochine, entre à l'Hôpital de Haï-Phong le 13 janvier 1908. Note du billet : « Constipation habituelle, suivie de coliques. Le 8 janvier, la douleur a été beaucoup plus vive, à la suite d'une constipation de 3 jours de durée. Le 9, le 10 et le 11, pas de selles. Le 12, une dizaine de selles liquides. Température : 38° le matin, 39°5 le soir. »

13 janv. : température 38°7, 38°5.

J. R... est malade depuis 8 jours. L'affection aurait débuté par un épistaxis. Il est habituellement bien portant. Actuellement, on note un état d'abattement marqué.

14 janv. : température 38°3, 38°2, 39°7.

Le ventre est souple, mais il est douloureux à la pression de la fosse iliaque droite, plus particulièrement au niveau du point de Mac Burney. On sent le boudin cœcal ; mais il n'y a qu'une légère défense de la paroi et pas d'empatement. Matité hépatique normale. Foie non douloureux. Langue sèche et saburrale. Sueurs profuses, apparaissant irrégulièrement soit le jour, soit la nuit. Urines de quantité normale, contenant des traces d'albumine. Selles jaunâtres, pâteuses. Séro-diagnostic de la Fièvre Typhoïde négatif. Le sang ne renferme pas d'Hématozoaires.

Fièvre continue du 15 au 19 janvier (38° à 39°).

19 janv. : température 36°5, 37°8, 39°1.

Le 19 janvier, on note que l'abdomen n'est plus douloureux. En revanche, le foie a considérablement augmenté de volume et dépasse de 3 travers de doigt le rebord costal. La pression du bord inférieur de l'organe est douloureuse et il existe quelques douleurs à l'épaule droite, à l'occasion des fortes inspirations.

Du 20 au 23 janvier, la température est de 36°5 le matin ; le soir, elle s'élève à 37°8.

23 janv. : température 36°5, 37°3, 37°8.

Le malade a quotidiennement une selle pâteuse. Au 23 janvier, la matité hépatique présente les dimensions suivantes :

Ligne médio-sternale : 5 cm.

Ligne para-sternale droite : 7 cm.

Ligne mamelonnaire : 13 cm.

Ligne axillaire antérieure : 16 cm.

Le foie est peu douloureux à la pression. Plus de scapulalgie.

Du 24 au 29 janvier, la température varie de 36°6 à 37°6.

29 janv. : température 36°9, 36°1, 37°2.

Le foie est moins douloureux à la pression. La matité hépatique ne mesure plus que 12 cm., au niveau de la ligne mamelonnaire.

Du 30 janvier au 4 février, fièvre vespérale modérée.

4 fév. : température 37°3, 37°1.

Ponction du foie : pus. Ouverture d'un abcès. Guérison.

OBSERVATION XVIII

(FIESSINGER, in *Rev. Path. Comp.*, oct. 1916)

Il s'agissait d'un malade de 37 ans, n'ayant jamais quitté la France, vacciné contre la Fièvre Typhoïde et n'ayant présenté aucun antécédent dysentérique. Il tombe malade au début de juillet 1916. Il présente une diarrhée ocre, quelques troubles digestifs, de la céphalée. On lui administre 20 gr. de sulfate de soude à l'hôpital d'évacuation, puis on l'envoie dans un hôpital

de contagieux avec le diagnostic de Fièvre Typhoïde (entrée le 12 juillet). Il est alors examiné par le Professeur Fiessinger qui pense à une affection typhoïde, mais est cependant frappé par l'amaigrissement très précoce. L'hémoculture se montre négative. Des signes de cortico-pleurite de la base droite apparaissent. La température s'abaisse un peu, mais le sujet présente une « cachexie qui s'accuse à vue d'œil ». Le pouls s'accélère et le malade meurt en hypothermie, le 23 juillet. Le diagnostic qui avait été finalement porté était celui de Tuberculose granulique suraiguë.

Or, à l'autopsie, on trouve un Abcès du Foie du volume de deux poings, entouré de 8 à 10 petits abcès satellites, ainsi que des ulcérations intestinales et coliques. On trouve des Amibes dans les parois des abcès.

OBSERVATION XIX

(FIESSINGER, *in Journ. de Méd. et Chir. Prat.*, 1930)

Vers le 8 décembre 1929, je vis en ville avec le Docteur Salanier, M. L... dont l'histoire est celle d'une Fièvre Typhoïde. Il est couché depuis le 25 novembre avec une température qui oscille entre 38°5 et 39°5. Anorexie, langue saburrale, mais pas de grosse rate. L'examen des poumons reste négatif ; d'ailleurs notre malade ne tousse pas. Aucun signe spécial du côté du foie ; pas de douleur spontanée ; le foie déborde à peine le rebord costal et n'est pas douloureux. Il était bien apparu, fin novembre et commencement décembre, une violente douleur, mais passagère, de l'épaule droite. Mais à cette époque, rien ne pouvait faire penser à un Abcès du Foie. Le 23 décembre, je demandai au Docteur Salanier de m'envoyer ce malade à la Maison Dubois. Il se cachectise et maigrit à vue d'œil, sa fièvre continue à osciller entre 38° et 39°. A Dubois, l'hémoculture, la séro-réaction typhique et mélitococcique restent négatives, la température descend vers 38°, mais l'amaigrissement est si rapide que l'idée d'une Tuberculose aiguë commence à s'imposer à nous.

C'est alors qu'un matin deux crachats chocolat dans le crachoir fixent notre attention. Ce malade ne toussait pas jusqu'alors. Les deux crachats ont été précédés d'une violente douleur à la base du thorax. A la radioscopie, on trouve à la base droite, en dehors, une ombre arrondie qui siège au niveau de la plèvre ;

le diaphragme ne peut être suivi entre cette ombre pleuro-pulmonaire et le foie. Nouvelle petite vomique le 3 janvier, accompagnée d'une douleur dans l'hypochondre droit. On pense alors à un Abscès du Foie ouvert dans les bronches. On commence, le 7 janvier, un traitement par deux injections de 0,04 cg. de Chlorhydrate d'émétine. Le 9, la température tombe définitivement à 37°. La douleur a disparu, la toux aussi ; le malade se sent guéri et complète ultérieurement sa guérison en reprenant les kilos perdus.

C'est alors que nous découvrons qu'en 1918, notre malade a été en contact prolongé avec des Annamites, et que depuis 3 ans son métier l'oblige à visiter des bateaux d'importation coloniale au Havre et à Dunkerque. A plusieurs reprises, depuis 6 mois, il avait eu des crises de diarrhée sans température.

SIMULATION DE TUBERCULOSE AIGUE

OBSERVATION XX

(ESCHBACH, in *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1922)

Ch..., 22 ans, rentre en France après 18 mois de service militaire au Maroc, le 30 janvier 1921. Il a séjourné surtout dans les villes, mais a fait colonne, à plusieurs reprises, fatiguant beaucoup, sans aucune indisposition.

A peine rapatrié, il est pris de fièvre, le 14 février. Il se sent oppressé, perd ses forces. Examiné le 21, il présente une température de 39°, un pouls à 80, une langue saburrale, de la constipation. Aucun signe fonctionnel, toux ou douleur. Ni gros foie, ni grosse rate, ni taches rosées. Urines sans albumine. Rien au cœur, ni aux poumons. Aucun antécédent comme paludique, dysentérique ou syphilitique. Le teint est bronzé comme celui d'un colonial africain. L'aspect est celui d'un embarras gastrique fébrile.

Les jours suivants, sans autre modification de l'état, une légère submatité accompagnée de diminution du murmure vésiculaire se constate à la base pulmonaire gauche. Puis le malade accuse une douleur imprécise à l'épaule droite, à cheval sur les fosses sus et sous-épineuses, impossible à délimiter, car elle n'est

réveillée ni par les mouvements ni par la pression ; elle n'apparaît guère que par la respiration profonde. Pas de modifications respiratoires apparentes à ce niveau.

4 mars : la fièvre continue entre $38^{\circ}2$ et 39° ; une seule fois, un matin, elle est descendue à $37^{\circ}8$; le pouls reste entre 76 et 80. L'intestin a été dégagé par des laxatifs. La langue, d'abord saburrale, s'est dépouillée ; elle est dépapillée, lisse, vernissée. La rate est toujours inaccessible, le foie ne déborde pas les fausses côtes. Le jeune homme s'amaigrit et se cachectise, déprimé par des sueurs profuses. Malgré l'in vraisemblance d'une Fièvre Typhoïde, devant la persistance de la fièvre en plateau, la lenteur relative du pouls, l'absence de tout élément de localisation, on pratique un séro-diagnostic : il est négatif avec le Bacille d'Eberth et les Para-typhiques.

Le foyer de congestion pleuro-pulmonaire de la base gauche se dissipe ; le point d'endolorissement de l'épaule droite se maintient sans apparition d'aucun signe physique. Le 14 mars, une matité nette avec diminution des vibrations et du murmure vésiculaire est perçue à la base droite contre la colonne vertébrale, donnant l'impression d'une pleurésie imminente. Puis la région juxta-vertébrale se dégage, les mêmes phénomènes se propagent dans la région sous-axillaire droite, mais aucun épanchement n'apparaît.

Un nouveau foyer éclate dans la fosse sous-épineuse gauche, avec diminution de la sonorité et du murmure vésiculaire.

Jamais de toux ni d'expectoration. Pas d'autre signe fonctionnel que la douleur de l'épaule droite à la respiration profonde. La température se tient entre $38^{\circ}6$ et 39° ; ses rares chutes à 38° sont sans lendemain. Même à 39° , le pouls ne dépasse pas 86 pulsations.

Bien que le malade ait été autorisé à s'alimenter, il en est incapable, la digestion de toute nourriture autre que le lait lui donnant des accès de chaleur avec sueurs profuses qui l'épuisent. Il maigrit de jour en jour, devient squelettique ; le teint terreux, la langue lisse, il dépérit rapidement.

Jusqu'ici aucun des foyers pleuro-pulmonaires n'a abouti. Ils se dessinent, s'amorcent, puis tournent court sans apparition de souffle ni de râles. Par contre, la défervescence n'arrive pas ; dès que la courbe thermique accuse une descente, elle remonte aussitôt avec l'apparition d'un nouveau foyer. Cependant, à la base droite et à l'épaule gauche, où les foyers de congestion

pleuro-pulmonaire ont été les plus marqués, l'obscurité respiratoire fait place à des bruissements humides, surtout inspiratoires, rappelant les râles crépitants de l'engouement pneumonique, mais plus gros.

Cette modification stéthacoustique fait redouter un début de ramollissement et semble confirmer le diagnostic porté par exclusion de Typho-bacillose qui évoluerait vers la Granulie pulmonaire. L'absence de dyspnée et de cyanose, malgré l'existence de signes pulmonaires, l'inconsistance du diagnostic peu étayé laissent, malgré tout, l'espoir de voir apparaître un nouveau symptôme qui donne une raison moins fatale à cette cachexie progressive.

Le 30 mars, le foie, objet de la plus grande surveillance en raison du séjour au Maroc, à cause aussi des phénomènes pleuro-pulmonaires de la base droite, paraît avoir augmenté de volume. Il ne déborde pas les fausses côtes, mais sa matité s'est un peu étendue par en haut ; il mesure 11 cm. sur la ligne mamelonnaire ; il n'est pas sensible au palper sous-costal.

Dans l'hypothèse possible d'une Hépatite Amibienne, malgré les manifestations répétées du poumon gauche, l'injection de Chlorhydrate d'émétine est décidée : 0,04 cg. sont injectés quotidiennement. Le lendemain de la première injection, la température du matin est à 38° et celle du soir à 38°1. La courbe ne remonte plus et descend en 5 jours à 37° d'une façon définitive. L'état général s'améliore aussitôt, la langue devient humide et retrouve ses papilles, l'appétit revient, le teint se recoloré. La douleur de l'épaule droite disparaît. Le foie se rétracte. Le malade se lève 10 jours après la première injection et sort 5 jours après.

Questionné de près, il se rappelle avoir été atteint, en juillet 1920, d'une diarrhée avec épreintes et selles subintrantes non sanguinolentes pour lesquelles il resta 8 jours en observation à l'infirmerie et dont il ne se ressentit plus par la suite.

Fin avril : après deux séries de 6 injections de 0,04 cg. d'émétine, ingestion de pâte d'ipéca et de pilules d'arsénobenzol, le jeune homme, engraisé, a recouvré toutes ses forces. Le foie, revenu sans doute à ses dimensions normales, est petit ; la limite supérieure de la matité est au mamelon, mais la limite inférieure ne descend pas au rebord thoracique ; il mesure 6 cm. sur la ligne mamelonnaire. Le pouls est à 68 le matin, 70 le soir. La respiration est normale dans le poumon gauche ;

il subsiste quelques frottements pleuraux à la base droite et dans la région sous-axillaire droite.

Fin mai : l'état est le même, la santé parfaite. Un examen radioscopique ne fournit aucun renseignement utile.

Un an après, la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XXI

(SAMBUC, *op. cit.*)

Je me rappelle parfaitement le cas d'un malade de l'hôpital de Hanoi, alité dans la salle dite 2^e Fiévreux, en 1906. Cet homme était en traitement depuis plusieurs semaines pour Tuberculose pulmonaire. Il avait, en effet, l'aspect d'un phthisique. Il éprouvait des douleurs thoraciques, maigrissait et s'affaiblissait rapidement ; il avait des sueurs nocturnes abondantes et un peu de fièvre tous les soirs ; il toussait, et les crachats renfermaient de temps à autre un filet de sang. Enfin à l'auscultation du sommet droit, on entendait quelques râles humides, et il y avait des frottements à la base droite, en arrière. Mais on n'avait jamais décelé de Bacille de Koch dans le produit de l'expectoration.

Le Docteur Fauquet examina méthodiquement ce malade et acquit bientôt la conviction qu'il s'agissait, non pas de Tuberculose pulmonaire, mais d'Hépatite suppurée. Le malade avait bien des douleurs thoraciques, mais ces douleurs étaient notablement plus intenses à droite qu'à gauche et étaient surtout marquées au niveau de la région hépatique. Le foie était hypertrophié et un peu douloureux à la pression. Enfin des ponctions hépatiques furent pratiquées qui permirent de découvrir un gros abcès du lobe droit.

Le malade fut opéré. Après une période assez longue (un mois au moins) de notable amélioration de son état général, il eut un ou plusieurs autres abcès du foie et finit par succomber. A l'autopsie, il n'y avait du côté du poumon droit et de la plèvre que des lésions banales (adhérences, congestion), mais rien de tuberculeux.

SIMULATION DE PALUDISME

OBSERVATION XXII

(BOLDIN, *in* ROSSIGNOL, *thèse Paris*, 1936)

Nous sommes en présence d'un homme de 45 ans, de solide apparence, qui depuis 2 mois présente chaque jour, dans l'après-midi, un frisson avec brusque élévation de la température à 40°. La fièvre dure quelques heures, puis retombe à la normale. Cette chute de température s'accompagne de sueurs abondantes.

Il est un peu fatigué, mais a peu maigri et continue à vaquer à ses occupations, se contentant de rentrer chez lui d'assez bonne heure. L'appétit est conservé, la langue rose, non saburrale, les digestions sont faciles. Les selles sont régulières, d'apparence normale, moulées, ne contenant ni glaires ni sang. Les urines sont claires ; analysées, elles ne renferment ni albumine, ni pus, ni colibacille.

L'examen physique du sujet est négatif. Rien de suspect du côté de l'appareil respiratoire. Rien au cœur, aucun signe d'endocardite, pas de panaris d'Osler. L'estomac est normal et il n'existe pas de modification abdominale appréciable ; le ventre est souple, pas de point douloureux colique ; le toucher rectal ne décèle rien d'anormal. On ne trouve pas de splénomégalie. Seul, le foie, non douloureux, déborde légèrement le rebord costal. Il n'y a pas d'ictère, la vésicule n'est pas douloureuse. Enfin le système nerveux est normal.

Ce malade nous a été adressé après qu'on eût déjà posé, puis écarté de multiples diagnostics. D'abord, celui d'une infection intestinale typhique ou paratyphique : mais les hémocultures et les séro-diagnostics ont été négatifs. On a pensé ensuite à une Endocardite maligne, mais il n'y a pas le moindre signe cardiaque, pas de souffle et les hémocultures sur milieux spéciaux sont restées négatives ; au Paludisme, mais pas d'Hématozoaires dans les frottis de sang faits au cours d'accès fébriles ; à un Néoplasme infecté, mais l'absence de troubles intestinaux, l'intégrité de l'état général s'élèvent contre cette hypothèse. Pourrait-il s'agir d'une Bacillose cachée ? les radiographies du thorax ont été négatives ; d'une infection vésiculaire ? on a pratiqué une radiographie abdominale qui n'a pas montré d'augmenta-

tion de volume de la vésicule. Le foie est peut-être un peu gros, mais il est régulier. Il ne pouvait être question d'une infection urinaire, puisque les urines étaient claires, non infectées ; ni d'une Méningococcémie, il n'y avait ni manifestations articulaires, ni érythèmes, et les hémocultures encore une fois n'avaient pas poussé. On avait fait, au début de la maladie, une numération sanguine dont voici les résultats :

Globules rouges : 4.500.000

Globules blancs : 8.000

Polynucléaires : 75 %

L'interrogatoire de ce malade nous apprend deux choses intéressantes :

1° Le début des accidents a été marqué par une légère douleur dans la région hépatique, qui a duré 3 ou 4 jours, accompagnée d'un peu de subictère. Nous l'avons dit, l'examen nous révèle un foie débordant de 2 travers de doigt le rebord costal, dont la limite supérieure ne paraît pas nettement surélevée, donc une hépatomégalie légère ;

2° Le malade a eu pendant la guerre, en 1916, une infection très prolongée, caractérisée uniquement par une fièvre élevée qui l'a maintenu plusieurs mois dans un hôpital de la zone des Armées. La fièvre, d'ailleurs assez irrégulière, fut à peu près le seul symptôme : elle ne s'accompagna que de céphalée, de fatigue générale ; les selles ne présentèrent pas de caractère spécial ; un peu de diarrhée, mais ni glaires, ni sang ; l'attention ne fut pas attirée du côté du foie qui ne fut pas exploré radiologiquement. Le diagnostic fut celui de Fièvre Typhoïde, mais tous les examens de laboratoire, — et le malade est formel sur ce point —, furent négatifs. La fièvre persistant, le malade fut évacué dans le Midi où il séjourna à l'hôpital plusieurs mois encore, avec une fièvre irrégulière. Il finit par guérir spontanément, aucun traitement spécifique n'ayant été institué, et, pendant 17 ans, il jouit d'une santé parfaite.

Notons que ce malade n'a jamais été aux colonies.

En présence de ces symptômes : début marqué par une légère douleur hépatique avec subictère, hépatomégalie modérée, fièvre intermittente, nous pensons qu'il peut s'agir d'une Hépatite Amibienne autochtone dont l'origine remonte à la guerre. Sans nouvel examen parasitologique, nous instituons un traitement par l'émétine : 0,04 cg. ; 0,04 cg. ; 0,06 cg. ; 0,06 cg. ; etc...

Dès la 3^e injection, la fièvre cède ; le traitement est poursuivi régulièrement et le malade guérit complètement.

SIMULATION DE PNEUMONIE

OBSERVATION XXIII

(BEZANÇON et BERNARD, *in Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1927)

M. D..., 29 ans, fatigué et déprimé depuis quelque temps, est pris « d'un point de côté thoracique droit, avec frisson et température montant en quelques heures à 40°, sans expectoration ; on recherche la Pneumonie et malgré quelques lacunes, ce diagnostic paraît le plus plausible, car on trouve à la partie inférieure de l'hémi-thorax droit, de la matité, du silence, des râles fins, puis bientôt un souffle tubo-pleural ». Avec cela, « état hautement infectieux : abattement, délire nocturne, sueurs profuses, urines rares et hautes en couleur, langue saburrale. Mais l'expectoration caractéristique manque et la défervescence ne se fait pas... La matité s'accroît en intensité et en étendue, le souffle prend davantage le caractère pleural et l'on suspecte le développement secondaire d'un épanchement ; une ponction exploratrice permet de retirer un liquide légèrement louche à formule mixte ».

Quelques jours plus tard, le liquide retiré devenait franchement louche et quelques jours après il devenait séro-fibrineux. L'examen radiologique montrait à ce moment « une obscurité diffuse de la partie inférieure de l'hémi-thorax droit, offrant tous les caractères d'un épanchement pleural de la grande cavité... Au 29^e jour de la maladie, l'épanchement séro-fibrineux à lymphocytes nous orientait vers le diagnostic de Tuberculose pleuro-pulmonaire », d'autant plus que le malade avait une hémoptysie 8 jours plus tard. Mais ce n'était que le prélude de vomiques successives qui orientèrent le diagnostic vers celui d'Abscess Amibien. On commença l'émétine, 0.04 cg., ce qui produisit une nouvelle vomique « alarmante ». Aussi interrompit-on l'émétine et continua-t-on le traitement par le novarsénobenzol, et 8 jours après, le malade pouvait être considéré comme guéri.

SIMULATION DE FIEVRE SYPHILITIQUE

OBSERVATION XXIV

(ESCHBACH, *in Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1922)

X..., 34 ans, rentré en France en août 1919, après avoir servi

7 ans au Maroc, sans accès de fièvre, ni maladie. Actuellement, ouvrier agricole. Entre à l'Hôtel-Dieu de Bourges, le 17 juillet 1921, pour des accès de fièvre et de courbature qui le dépriment et lui ôtent toute possibilité de travailler.

Mis en observation, il présente les mêmes accès qui ont nécessité son hospitalisation. Un frisson le saisit, suivi de grelottement dans son lit pendant 2 ou 3 heures, avec ascension de la température aux environs de 39°, non suivi de sueurs, le laissant prostré et courbatu pendant 2 ou 3 jours avec une température subfébrile entre 38° et 37°5. Ces accès apparaissent sans aucune régularité : deux surviennent le même jour, ou bien un intervalle de plusieurs jours s'écoule entre deux accès. Chaque nouvel accès le laisse plus abattu et plus faible.

Aucun symptôme n'accompagne cet état de fièvre qui le mine ; aucune douleur, aucun trouble digestif ; ni gros foie, ni grosse rate, non plus dans l'intervalle qu'à la suite immédiate des accès.

Le Paludisme est éliminé devant l'inefficacité du traitement quinqué. La réaction de Wasserman étant positive, on pense à une Fièvre Syphilitique ; l'arsénobenzol, à doses si minimes soient-elles, réveille des accès qui fatiguent assez le malade pour obliger à les cesser. Aucun élément ne permet d'incriminer la dysenterie.

Après un mois et demi d'hospitalisation, le malade s'affaiblit toujours ; il donne des signes de dépérissement rapide ; la fièvre tend à s'établir à 38° en dehors des accès ; l'appétit est nul, l'amaigrissement s'accroît, la peau devient sèche, le teint est bistre ; l'individu ne quitte plus son lit. Bien qu'il n'y ait eu ni toux ni expectoration, la respiration se modifie au sommet gauche. Le murmure vésiculaire diminue, il est remplacé par des bruissements humides inspiratoires, d'abord mobiles, puis fixés dans les fosses sous et sus-épineuses. On songe à une Tuberculose pulmonaire débutant après une phase de Fièvre Syphilitique.

C'est alors qu'en désespoir de cause, sur ce seul fait que le malade est un ancien colonial, on soumet le malade à une injection quotidienne de 0,04 cg. d'émétine. L'amélioration est instantanée ; en 15 jours, le sujet est sur pied, l'appétit est revenu, les forces récupérées, tous les phénomènes pulmonaires disparus. Pressé de questions, il se rappelle qu'à sa dernière étape au Maroc en juillet 1919, il a eu pendant plusieurs jours des selles sanglantes et glaireuses. Il quitte l'hôpital le 7 août.

Une telle sensibilité à l'émétine, sa valeur presque spécifique dans l'Amibiase, l'évolution du type clinique rapproché de formes comparables ne permettent guère, malgré l'absence de tuméfaction apparente du foie, de penser qu'il ait pu s'agir d'une autre affection que d'une Hépatite Amibienne. Nous en avons eu la confirmation quelques mois plus tard ; en effet, le même sujet rentrait à l'Hôtel-Dieu en février dernier, suffoquant à la suite d'une vomique par ouverture dans les bronches d'un Absès du Foie...

Il avait négligé tout traitement. Il se présentait alors à nous immobilisé par une douleur thoracique l'empêchant de tousser, de cracher et même de respirer. Le foie était énorme et douloureux... Les phénomènes rétrocédèrent par des injections d'émétine et de novarsénobenzol.

Le malade, revu en septembre, est sorti guéri.

SIMULATION DE CHOLECYSTITES

OBSERVATION XXV

(SAMBUC, *op. cit.*)

M. M..., 38 ans, garde de milice, 4 ans de séjour en Indochine, provient de Quang-Tchéou-Wan et entre à l'Hôpital de Haï-Phong le 9 juillet 1906.

Habituellement bien portant, il a eu quelques accès de fièvre, mais jamais de dysenterie. Il y a trois semaines environ, il a commencé à éprouver des douleurs dans l'hypochondre droit et à avoir des accès fébriles quotidiens. Il aurait maigri d'une quinzaine de kilos en un mois. Ventre souple. Foie normal. Grosse rate. Le malade a un peu de diarrhée.

10 juillet : température 37°8, 37°, 38°7.

Les jours suivants, la température, peu élevée le matin, atteint le soir les environs de 38°.

Le 27 juillet, on constate que le foie a augmenté de volume ; on le sent à la palpation dans l'épigastre. La matité hépatique mesure :

sur la ligne médiane : 11,5 cm.

sur la ligne axillaire antérieure : 12,5 cm.

sur la ligne axillaire postérieure : 11 cm.

29 juillet : température 37°1, 37°5, 37°3.

On pratique plusieurs ponctions du foie sans trouver de pus.

1^{er} août : température 37°6, 38°5, 37°6.

Intervention. Drainage.

4 août : température 37°1, 37°9, 38°2 (pouls à 120).

Frottements pleuraux à la base droite. La fièvre persiste et atteint 39° les jours suivants.

Nouvelles ponctions sans résultat le 8 et le 22 août et le 3 septembre.

Rapatriement. Décès sur le bateau.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELHEIM. — Un cas d'Abcès du Foie traité par l'émétine. *Méd. Journ. of South Africa. Johannesburg.*, p. 102-104, 1925-1926.
- AMATO (d') et ORTONO-GONZALES (Y.). — Une forme peu commune d'Abcès Amibien du Foie. *Revista Asoc. medica argentina. Buenos-Ayres*, p. 476-492, 1924.
- ARNAUD. — *Marseille Médical*, p. 146, 1887.
- BAUDIN. — Les Dys. Amib. autochtones, *thèse Lyon*, 1912.
- BAUR. — Huit cas d'Ab. du Foie à symptomatologie fruste. *Rev. Prat. des Mal. des Pays chauds*, p. 321-333, 1928.
- BERNARD. — Essai clinique sur les Ab. du Foie, *thèse Montpellier*, 1879.
- BERTRAND et FONTAN. — Traité médico-chir. de l'Hép. suppurée des Pays chauds. *Soc. d'Editions scientifiques, Paris*, 1895.
- BEZANÇON et BERNARD. (E.). — Volumineux abcès du foie ouvert dans les bronches, ayant par son début simulé une Pneumonie et par les vomiques une suppuration pulmonaire. Interprétation des signes radiologiques. Guérison par l'émétine et le novarsénobenzol. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 30 décembre 1927.
- BLOCH. — L'Amibiase suraiguë. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 17 novembre 1916.
- BLOCH et MATTEL. — L'Amibiase sur le front français Centre-Est. *Annales de Médecine*, n° 4, p. 374, septembre 1918.

- BOIDIN. — Hép. Amib. subaiguë à type de fièvre intermittente. *Rev. Méd. Française*, mai 1933.
- BOIDIN et DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. — A propos de quelques cas d'Hép. Amib. non suppurée, Réunion médicale de la IV^e Armée, 22 fév. 1917. *Presse Méd.* n° 31, p. 325, 4 juin 1917.
- BOUCHUT et CROIZAT. — Les formes vésiculo-cholédociennes pseudo-lithiasiques de l'Amibiase. *Jour. Méd. de Lyon*, 20 juillet 1927.
- CANNAVO. — Huit cas d'Hép. Amib. *Riforma Medica*, p. 471-478, 1932.
- CARNOT. — Les Ab. du Foie autochtones. Surveillance radiologique et traitement. *Monde méd.*, p. 33-40, 1934.
- CASTAIGNE et FRANÇON. — *Jour. Méd. Français*, t. X, n° 5, mai 1921.
- CATTAN (R.). — Les Ab. du Foie. *Encyclop. Méd. Chirur.*, juin 1935.
- CREYSSSEL (M^{me}). — Les Hép. Amib., thèse Lyon, 1926-1927.
- CROS et DE TESSIER. — *Arch. Méd. Pharm. Milit.* n° 4, p. 531, oct. 1917.
- DAUBAN et SILHOUE. — Le syndr. pleuro-pulmonaire de la base dans les Hép. Amib., thèse Paris, 1929.
- DECOUX. — Essai sur le rôle du Chlorhydrate d'émétine dans le diag. des Hép. Amib., thèse Montpellier, 1923-1924.
- DUBAIN. — Essai sur l'Hép. suppurée de nos climats, thèse Paris, 1876.
- ESCHBACH. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, p. 1487-1490, 10 novembre 1922.
- FIDAO. — Formes frustes d'Amib. hép. primitive, *Soc. Path. Exotique*, 11 avril 1923.
- FIESSINGER. — Les formes frustes des Ab. du Foie d'origine Amib., *Jour. Méd. et Chir. Prat.*, 25 mai 1930.
- FIESSINGER et LEROY. — L'évol. aiguë cachectisante d'un Ab. du Foie au cours d'une Dys. Amib. autochtone, *Rev. Path. Comp.*, p. 21-25, oct. 1916.
- FIESSINGER et LEROY. — Contribution à l'étude d'une épidémie dans la Somme, juillet-octobre 1916, *Soc. Méd. Hôp. Paris*, p. 825-829, 8 décembre 1916.
- FONTAN. — Migrations thoraciques des Ab. du Foie, *Rev. de Gynécologie et Chir. Abdominales*, 1900.

- FONTAN. — Les grands abcès du foie, *Doin édit. Paris*, 1909 (135 pages).
- FRANÇON. — Les Hép. Amib. aiguës abortives, *thèse Paris*, 1909.
- FRANÇON et HUTINEL. — Les Hép. Amib. autochtones et coloniales et leur traitement, *Gauthier, Villars et Cie, édit.* (130 pages). *Concours Méd.*, p. 537, 1924.
- FRERICHS. — Traité pratique des Mal. du Foie, 1862.
- FREUND. — Hép. sans manifestations antérieures d'Amib., *Jour. of American Med. Assoc.*, p. 1550, 1934.
- HUGUENIN et G. ALBOT. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, n° 15-16, 12 juin 1941.
- IZAR. — Hép. Amib. aiguë congestive. Forme pseudo-cholécystite et pseudo-malarique, *Culture Med. Palermo*, p. 863-867, 1925.
- JOB et SPICK. — *Annales de Médecine*, n° 6, p. 584, 1917.
- LACAZE et MELNOTTE. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'Amib. hép., *Rev. des Mal. du Foie*, p. 225, 1928 ; *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 16 février 1929 ; *Rev. de Chir.*, p. 709-817, 1928.
- LAPORTE et ROQUES. — Fièvre de type ondulant au cours d'une Hép. Amib. Guérison par le Chl. d'émétine, *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 7 avril 1922.
- LOISON et ARNAUD. — *Rev. de Médecine*, p. 909, novembre 1892.
- MANSON-BAHR. — Moyens pratiques de diag. de l'Ab. du Foie, *Journ. Trop. Medecine, London*, p. 106, 1927.
- MARTIN. — Amib. hép. traitées par l'émétine, *Marseille Méd.*, p. 243-250, 1927.
- MATRAS. — Les formes frustes d'Ab. du Foie d'origine Amib., *thèse Paris*, 1932.
- MATTEI. — Détermination hép. au cours de 300 cas d'Amib., *Marseille Méd.*, p. 308, 1926.
- MAUREL. — Etude clinique des Ab. du Foie, *thèse Paris*, 1881.
- OLMER. — De quelques Hép. Amib. non reconnues, *Marseille Méd.*, p. 697-705, 1931.
- PAISSEAU. — Les Hép. Amib. non suppurées, *Paris Méd.*, 2 avril 1921.
- PANAYOTATOU (M^{me}). — Formes anormales de l'Hép. Amib., *Rev. Méd. et Hyg. Trop.*, p. 89-91, 1929.

- PÉRARD. — *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie.*
- PLONTZ. — *Thèse Lyon*, 1912.
- POIRIER. — Hép. Amib. et aff. pleuro-pulm., diag. différentiel, *thèse Paris*, 1928.
- RAVAUT. — Quelques réflexions à propos de l'Amib. sous nos climats. *Jour. de Méd. et Chir. Prat.*, p. 761-775, 1924.
- RAVAUT et CHARPIN. — Sur quelques faits en apparence paradoxaux, susceptibles d'égarer le diag. d'Hép. Amib., *Presse Méd.*, 10 février 1919 ; *Jour. Méd. Français*, août 1919 ; *Thèse CHARPIN, Paris*, 1919.
- RIBOLLET et PERROT. — Evol. atypique de deux Amib. hép., *Arch. Méd. Pharm. Milit.*, janvier 1928.
- ROSSIGNOL (L.). — Un cas d'Hép. Amib. fruste à type de fièvre pseudo-palustre. Les Hép. Amib. frustes sans signe de localisation, *thèse Paris*, 1936.
- SAMBUC. — Les Ab. du Foie à l'Hôp. de Haï-Phong, *Bull. Soc. Médico-Chir. de l'Indochine*, 14 mai 1911.
- TRABAUD. — Formes anormales de l'Amib., *Rev. Méd. et Hyg. Trop.*, p. 193, 1925.
- TRABAUD. — Considérations sur quelques manifestations peu connues de l'Amib. humaine, *Rev. Méd. Hyg. Trop.*, p. 97, 1926.
- TRABAUD. — L'Amibiase camouflée, *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 16 avril 1926.
- TRABAUD. — L'Amib. à forme typhoïdique, *La Médecine*, décembre 1927.
- VIALATTE et REMONTET. — Contribution à l'étude clinique de l'Hép. Amib. congestive, *Arch. Méd. Pharm. Milit.*, avril 1932.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTIONN	15
CHAPITRE I. — Généralités. Place dans la Classi- fication	19
CHAPITRE II. — Etiologie. Parasitologie. Anato- mie pathologique	23
CHAPITRE III. — Quelques remarques à propos d'une observation clinique	27
CHAPITRE IV. — Etude clinique. Valeur diagnos- tique des symptômes	35
CHAPITRE V. — Formes cliniques. Diagnostic diffé- rentiel	43
CHAPITRE VI. — Evolution. Pronostic. Traitement	55
CHAPITRE VII. — Essai pathogénique	59
CHAPITRE VIII. — Conclusions	63
OBSERVATIONS	65
BIBLIOPRAPHIE	85

